



**Universidade de Brasília**  
**Instituto de Psicologia**  
**Departamento de Psicologia Clínica**  
**Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura**

**CONCEPÇÕES DE SAÚDE E DOENÇA MENTAL: ADAPTAÇÃO  
TRANSCULTURAL DO INSTRUMENTO DE ACESSO AOS CUIDADOS EM  
SAÚDE MENTAL**

Camila de Aquino Moraes

Brasília

Dezembro, 2014



**Universidade de Brasília**  
**Instituto de Psicologia**  
**Departamento de Psicologia Clínica**  
**Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura**

**CONCEPÇÕES DE SAÚDE E DOENÇA MENTAL: ADAPTACAO**  
**TRANSCULTURAL DO INSTRUMENTO DE ACESSO AOS CUIDADOS EM**  
**SAUDE MENTAL**

Camila de Aquino Moraes

Tese apresentada ao Instituto de Psicologia da  
Universidade de Brasília como requisito parcial  
para obtenção do Grau de Doutor em Psicologia  
Clínica e Cultura.

Brasília

Dezembro, 2014

Trabalho apresentado junto ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília,  
sob a orientação da Professora Doutora Deise Matos do Amparo.

**Banca Examinadora:**

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Deise Matos do Amparo (Presidente)  
Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura  
Universidade de Brasília – UnB

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Cláudia Fukuda (Membro Externo)  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia  
Universidade Católica de Brasília – UCB

---

Prof<sup>ª</sup>. Vicente Cassepp-Borges (Membro Externo)  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia  
Universidade Federal Fluminense – UFF

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Júlia Sursis Nobre Ferro Bucher-Maluschke (Membro Interno)  
Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura  
Universidade de Brasília – UnB

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Sheila Giardini Murta (Membro Interno)  
Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura  
Universidade de Brasília – UnB

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Regina Lúcia Sucupira Pedroza (Membro suplente)  
Programa de Pós-graduação em Psicologia do Desenvolvimento  
Universidade de Brasília – UnB

*À minha mãe e as professoras Júlia Bucher, Sílvia Koller e Deise Amparo,  
pelo amor generoso e paciente dispensado sempre.*

"A prova de que estou recuperando a saúde mental,  
é que estou cada minuto mais permissiva:  
eu me permito mais liberdade e mais experiências.  
E aceito o acaso. Anseio pelo que ainda não experimentei.  
Maior espaço psíquico. Estou felizmente mais doida."

Clarice Lispector

## Agradecimentos

À querida patroa Deise Amparo, a qual cultivo grande admiração e estima pela pessoa pura e generosa que surpreendeu todas as minhas expectativas ao me acolher, apoiar, ensinar, escutar, corrigir e suportar tantos deslizes, inconstâncias e atrasos meus.

À sempre chefe Sílvia Helena Koller. Mulher de uma fonte inestimável de sabedoria e conhecimento, com a qual eu cresço e me engrandeço ao compartilhar mais que conhecimento, são vidas que se entrelaçam na busca do amor Supremo.

À grande mestra Júlia Bucher. Sua mão amiga me conduziu ao caminho do mundo acadêmico desde a minha graduação em Fortaleza. É uma alegria imensa por ter sua presença única ao longo desses anos, sua dedicação incansável aos alunos, conhecimento inigualável, vitalidade invejável são fontes de entusiasmo e inspiração.

Ao amigo Alex Pena. Esse trabalho não nasceria se não fosse o profissionalismo, a paciência e disposição em me ensinar e conter meus ataques de ansiedade.

Aos meus pacientes da clínica que me ensinam a cada dia a ser mais humana, a largar meu coração ao acolhimento e a compaixão, me fazem estar sempre unida a minha essência humana, frágil e ambivalente.

Às minhas amigas e psicólogas Flavia Lacerda, Raquel Rocha, Lana Wolff, Fernanda Borges, Juliana Seidl, Sâmia Abreu, Viviane Rocha, Joamara Borges, e as amigas Clarisse Alô e Karen Oliva pela parceria, amizade, carinho, prestatividade e apoio.

Às pessoas que me ajudaram na coleta de dados. Fazer uma pesquisa com amplitude nacional somente foi possível graças à ajuda de colegas. Reconhecendo toda a ajuda recebida desde a época do meu mestrado em Porto Alegre e a extensão que esse trabalho tomou ao extrapolar o território gaúcho: Tanara Benites, Alexandra Borba, Ricardo Vivian, Claudia Fukuda, Sílvia Maués, Janari Pedroso, Cida Penso, Kátia Brasil.

Ao CNPq pela bolsa de doutorado. A bolsa foi um suporte importante.

À Universidade de Brasília. É um privilégio receber ensino gratuito e de qualidade.

À minha querida e amada mãe que me financiou desde o início de minha vinda à Brasília. A quem tenho imensa gratidão pelo amor incondicional e “louco”, sua pureza de coração, generosidade, seu anseio por amar e ajudar aos outros foram determinantes na escolha da minha profissão.

Ao meu pai. Sou grata por seu “sim” a minha vida e por sempre ter me incentivado a estudar, a ter sede de conhecimento e não me acostumar com a mesmice.

A todas as pessoas que amo e que me amam, sei que onde quer que estejam mundo afora estão torcendo por minha felicidade e vibrando com meu sucesso e realizações.

Ao meu maior e melhor amigo, que me cuida, protege, livra e me abençoa todos os dias da minha vida. “A minha alma suspira e desfalece pelos átrios do Senhor” (Sl 84,2). Sim Pai, grandes são suas promessas para mim e sua fidelidade eu experimento dia após dia. Os meus lábios entoam o louvor: Jesus, eu confio em vós! Pois realizou e realiza grandes maravilhas em minha vida, me surpreendendo com uma generosidade desmedida, um amor ciumento que me preserva de tantos males, que eu nem percebo. Gratidão, Deus de Amor! Continua a frente, eu confio nos seus desígnios.

## SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS .....	8
LISTA DE ANEXOS .....	9
LISTA DE SIGLAS .....	10
RESUMO .....	12
ABSTRACT .....	14
APRESENTAÇÃO .....	17
ARTIGO I .....	24
ARTIGO II .....	57
ARTIGO III .....	96
CONCLUSÃO .....	125
ANEXOS .....	130

## LISTA DE TABELAS

**Artigo I**

Tabela 1: Análise fatorial para as subseções de saúde e doença mental

Tabela 2: Análise fatorial para as subseções Estratégias de *Coping* e Barreiras de acesso

**Artigo II**

Tabela 1: Itens do Questionário Access to Mental Health Care

Tabela 2: Etapas para avaliação da equivalência conceitual e de itens do instrumento ACSM

Tabela 3: Etapas para avaliação da equivalência semântica do instrumento ACSM

Tabela 4: Etapas para avaliação da equivalência operacional do instrumento ACSM

Tabela 5: Etapas da equivalência de mensuração e funcional do instrumento ACSM

Tabela 6: Numero de fatores conforme Análise Paralela

Tabela 7:  $\alpha$  de Cronbach em diferentes configurações de número de fatores

Tabela 8: Itens excluídos do questionário ACSM

Tabela 9: Matriz de Correlação entre os fatores gerados

Tabela 10: Fatores ordenados e composição de itens do questionário ACSM

**Artigo III**

Tabela 1: Fatores ordenados do questionário ACSM

Tabela 2: Comparações das variáveis subculturais nos Fatores 1, 3 e 4 do instrumento ACSM

Tabela 3: Teste Tukey para Estados nos Fatores 1, 5 e 8

Tabela 4: Comparações das variáveis subculturais nos Fatores 5,6 e 7 do instrumento ACSM

Tabela 5: Comparações das variáveis subculturais nos Fatores 8 e 9 do instrumento ACSM



## LISTA DE ANEXOS

Anexo A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

Anexo B – Questionário Acesso aos Cuidados em Saúde Mental

Anexo C – Cargas Fatoriais dos Itens por Fator (1 a 9)

## LISTA DE SIGLAS

### **ARTIGO I**

Organização Mundial da Saúde - OMS

Escala de Medida de Opinião - EMO

Teste de Associação Livre de Palavras - TALP

Opinions About Mental Illness Scale - OMIS

Inventário de Crenças acerca da Doença Mental - ICMD

Questionário de Causas da Doença Mental - QCMD

Access to Mental Health Care - AMHC

Avaliação de Serviços para Crianças e Adolescentes - SACA

Adaptação Transcultural - ATC

Análise Fatorial - AF

Componentes Principais - PC

Kaiser-Meyer-Olkin - KMO

### **ARTIGO II**

Adaptação TransCultural - ATC

Access to Mental Health Care - AMHC

Acesso aos Cuidados em Saúde Mental - ACSM

Questionário de Saúde Geral - GHQ

Mental Continuum Short-Form - MHC-SF

Índice de Saúde Mental - MHI

Escala de Estigma em Epilepsia - EEE

Opening Minds Scale for Health Care Providers - OMS-HC

Índice de Desenvolvimento Humano - IDH

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido da Instituição - TCLE

Análise Fatorial Exploratória - AFE

Teoria de Resposta ao Item - TRI

Função Diferencial do Item - DIF

Principal Axis Factoring – PAF

### **ARTIGO III**

World Health Organization - WHO

Child Behavior Checklist - CBCL

Access to Mental Health Care – AMHC

Acesso aos Cuidados em Saúde Mental - ACSM

Índice de Desenvolvimento Humano - IDH

Universidade Católica de Brasília - UCB

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Kayser Mayer-Olkin Measure of Sampling Adequacy - KMO

Análise de Variância - ANOVA

Nível socioeconômico - NSE

## RESUMO

O conceito de saúde e doença reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural, sendo influenciado pela época, lugar, classe social, valores individuais, concepções científicas, religiosas e filosóficas. O estudo dos conceitos de saúde/doença junto aos indivíduos e grupos específicos permite adequar os serviços de prevenção e intervenção a cada população. O objetivo dessa tese é apresentar evidências de validade do instrumento Acesso aos Cuidados em Saúde Mental (ACSM), nome dado a versão brasileira do instrumento *Access to Mental Health Care* (AMHC). Para isso foram elaborados três artigos. O artigo I apresenta uma revisão narrativa das pesquisas realizadas sobre concepções e representações em saúde e doença mental e descreve os estudos preliminares do instrumento *AMHC* no exterior e no Brasil. O artigo II descreve o processo de adaptação transcultural (ATC) do instrumento *AMHC* para a versão brasileira (ACSM) e apresenta as evidências de validade do questionário ACSM. Os eixos de análise comparando a equivalência entre o instrumento original (AMHC) e o adaptado (ACSM) são apresentados em seis dimensões: equivalência conceitual, de item, semântica, operacional, de mensuração e funcional. O artigo III compara os constructos do instrumento considerando as subculturas sendo estas: o nível socioeconômico, o sexo, as regiões brasileiras e o grupo clínico e não clínico. Nesse trabalho observa-se a equivalência satisfatória do instrumento no âmbito conceitual, item, semântico e operacional. As discrepâncias psicométricas na extração dos fatores não significam necessariamente alguma falha importante no processo de adaptação em si. A amostra de adolescentes foi composta por 480 jovens, 54,8% do sexo feminino e 45,2% do masculino. A idade dos jovens variou de 12 a 19 anos. ( $M = 15,31$ ,  $SD = 1,69$ ). Os estados participantes foram: Brasília (39,3%), Porto Alegre (40,2%), Belém (12,7%) e Fortaleza (7,7%). Os grupos de coleta ocorreram em escola pública, particular, rede pública e particular de saúde. Diferenças por NSE, sexo, estados e grupo clínico e não clínico apareceram em diferentes

fatores. Diferenças significativas foram encontradas em todos os fatores, exceto o fator concepção de doença mental. O nível de subcultura que apresentou mais diferença nos fatores foi o grupo clínico/não clínico, caracterizado pela experiência ou não de adoecimento em saúde mental. O segundo nível de subcultura que apresentou mais diferença nos fatores foi o NSE. As diferenças em relação aos estados brasileiros e por sexo ocorreram em poucos fatores. Estudos futuros, apresentando em profundidade aspectos da equivalência de mensuração, são fundamentais, como análise fatorial exploratória utilizando a estrutura pré-estabelecida do questionário e identificar a existência de subdimensões na mesma seção e comparar essas com as análises do estudo de validação suíço. Também é pertinente averiguar a estrutura original e a em escrutínio através de análise fatorial confirmatória por modelos de equações estruturais. Investigar as concepções dos usuários visando a compreender os conceitos, crenças e mitos relativos à sua concepção de saúde e adoecimento vão ao encontro de uma política que permite, a partir da perspectiva do usuário, fornecer subsídios para rever a acessibilidade e o atendimento a esta população. Conhecer as concepções dos jovens de diferentes segmentos socioeconômicos e culturais pode permitir aos setores de atenção à saúde, pública e suplementar, que articulem às discussões e proposições em relação à melhoria da atenção em saúde mental.

Palavras-chave: adaptação transcultural, saúde mental, doença mental, adolescentes e subculturas

## ABSTRACT

The concept of health and disease reflects the social, economic, political and cultural context and is influenced by time, place, social class, individual values, scientific conceptions, religious and philosophical. The study of the concepts of health / illness with individuals and specific groups allows tailor prevention and intervention services to each population.

The objective of this thesis is to present evidence of validity of the instrument Access to Mental Health Care (ACSM), the name given to the Brazilian version of the instrument Access to Mental Health Care (AMHC). For this were developed three articles. Article I provides a narrative review of research on conceptions and representations in health and mental illness and describes the preliminary studies of AMHC instrument in Brazil and abroad. Article II describes the cross-cultural adaptation process of AMHC instrument for the Brazilian version (ACSM) and presents the evidence of validity of the ACSM survey. The axes of analysis comparing the equivalence between the original instrument (AMHC) and adapted (ACSM) are presented in six dimensions: conceptual equivalence, item, semantic, operational, measurement and functional. Article III compares the constructs of the instrument considering the subculture these being: socioeconomic status, sex, Brazilian regions and the clinical and non-clinical group. In this study, we observed satisfactory equivalence of the instrument in the conceptual framework, item, semantic and operational. Psychometrics discrepancies in the extraction of the factors does not necessarily mean some major flaw in the process of adaptation itself. The adolescent' sample consisted of 480 youth, 54.8% female and 45.2% male. The age of the young people ranged from 12 to 19 years. ( $M = 15.31$ ,  $SD = 1.69$ ). Participating states are: Brasilia (39.3%), Porto Alegre (40.2%), Belém (12.7%) and Fortaleza (7.7%). Group foraging occurred in public school, private, public and private health. Differences by SES, sex, states and clinical and nonclinical group appeared on

various factors. Significant differences were found in all factors except the design factor of mental illness. The level of subculture that made the most difference in the factors was the clinical / non-clinical group, characterized by experience or no illness in mental health. The second level of subculture that made the most difference in the factors was the NSE. The differences in relation to Brazilian states and sex occurred in a few factors. Future studies, with in-depth aspects of the measurement equivalence, are necessary, as exploratory factor analysis using the pre-established structure of the questionnaire and identify the existence of sub-dimensions in the same section and compare these with the analysis of the study of Swiss validation. It is also relevant to determine the original structure and in scrutiny through confirmatory factor analysis by structural equation models. Investigate the concepts of users in order to understand the concepts, beliefs and myths concerning their conception of health and illness will meet a policy that allows, from the user's perspective, provide subsidies to review the accessibility and the care of this population. Knowing the views of young people from different socioeconomic and cultural segments can allow health care sectors, public and further, encompassing the discussions and proposals regarding the improvement of mental health care.

**Keywords:** cross-cultural adaptation, mental health, mental illness, youth and subcultures

## APRESENTAÇÃO

O desenvolvimento dessa tese é resultante de uma pesquisa que ocorreu a partir de um trabalho de parceria que vem sendo realizado desde 2006 com o professor Dr. Christoph Käppler da *University of Tübingen*, na Alemanha, através do projeto “*Access to Mental Health Care*” (AMHC)<sup>1</sup>, realizado na Suíça, pela Universidade de Zurique, com cooperações do Departamento de Psiquiatria Infanto-Juvenil de *Fribourg* e Centro Hospitalar Universitário *Vaudois*. Desta parceria originou-se a dissertação de mestrado “Saúde, doença mental e serviços de saúde na visão de adolescentes e seus cuidadores” de autoria da proponente desta tese. O projeto de dissertação qualificado no Programa de Pós-graduação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul foi revisto e proposto ao Edital do CNPq no. 25-2007, sendo contemplado e constituindo uma rede de pesquisa nacional através do projeto “Concepções de saúde mental e percepções dos serviços na perspectiva de jovens e seus familiares”.

Por meio da rede de pesquisa nacional, pôde-se realizar coleta de dados em quatro regiões brasileiras através de membros docentes e discentes de quatro universidades: Universidade Federal de Belém, Universidade de Fortaleza, Universidade Católica de Brasília, Universidade de Brasília e Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Foi composto um banco de dados nacional com os questionários respondidos pelos adolescentes

---

<sup>1</sup> \*nota: estudo nacional, parte integrante do Programa de Investigação Nacional Suíço 52, sediado na Universidade de Zurique, onde a autora Marta Gonçalves, Ph.D. realizou o seu Doutorado. Equipe: Prof. Dr. Christoph Käppler, Dr. M.P.H. Beat Mohler †, Post Doc Dr. Meichun Mohler-Kuo, Dr. Marta Gonçalves, Dr. Daria Gianella, Stefanie Höfler, Aristide Peng, Sabine Zehnder, Barbara Anastasi, Susanne Inglin, Daniela Nussbaumer, Marcela Borges, Margarida Pacheco; Parcerias: Prof. Dr. Pierre-André Michaud (Universidade de Lausanne), Dr. Patrick Haemmerle (Serviço de Psiquiatria Infantil e Juvenil de Fribourg);



com e sem seus respectivos cuidadores (pai,mãe, padrasto, madrasta ou avó). O questionário AMHC apresentava duas versões, uma para jovens e outra para os cuidadores, os itens deste propunha que o responsável se reportasse a pensar no seu filho(a) para responder cada questão. As coletas nos estados foram realizadas no período de 2007 a 2010. Posterior a coleta, foi organizado o banco de dados brasileiro para que a partir dele se iniciasse o processo de análises estatísticas descritivas e inferenciais com o intuito de averiguar como os dados se apresentavam em sua estrutura geral.

Antes de pretender iniciar o processo de análise de mensuração, foi necessário conhecer melhor teoricamente os constructos que compunham as diferentes seções do instrumento AMHC. Para isso, buscou-se aprofundar na literatura o conhecimento dos constructos, bem como apreciar as pesquisas já realizadas com o instrumento debruçando-se na fonte produzida a partir da tese de doutoramento de Gianella (2008) pela Universidade de Fribourg na Suíça e da tese de Gonçalves (2009) pela Universidade de Hamburg na Alemanha.

Os estudos iniciais direcionam sua visão teórica para uma abordagem mais complexa e sistêmica, tomando como norte referencial o modelo bioecológico do desenvolvimento humano de Bronfenbrenner. Esse modelo apresenta a característica peculiar de abranger vários níveis de análise em sua leitura e compreensão de ser humano, bem como da saúde e doença mental, viabilizando um entendimento desde os aspectos micro e singulares até os macro e plurais (Bronfenbrenner, 1995; Bronfenbrenner & Morris, 1998).

Essa base teórica que fundamenta a concepção de desenvolvimento humano é consonante com o modelo ecológico de explicação dos fenômenos, o qual tem norteado inúmeras pesquisas na área da saúde no contexto brasileiro. Com o olhar ecológico, entende-se a saúde e doença em uma perspectiva dinâmica, cuja interpretação se adequa à teoria da causalidade complexa em que “todas as coisas são causadas e causadoras” e em que se

evidenciam a retroalimentação entre fatores e a reflexividade dos fenômenos. Faz sentido a ideia de causalidade complexa do conceito de saúde e doença, considerando uma interligação dos fatores históricos, contextuais, estruturais, culturais, conjunturais, interpessoais, mentais e biológicos. Sempre existirão elementos gerais e especificidades nas formas de apresentação e de reprodução do conceito de saúde e doença (Minayo, 2013; Amarante, 2003).

De acordo com o modelo bioecológico, em primeiro lugar, estão os fatores biológicos que cada indivíduo apresenta em seu comportamento, concentrando-se nas características da pessoa, que influencia ou incide no modo de perceber e conhecer o mundo. Em segundo lugar, estão os fatores relacionais, evidenciando-se as interações sociais, nos âmbitos mais próximos dos companheiros, dos colegas, dos parceiros íntimos, dos membros da família, e sua influência no modo de conceber e perceber a saúde e doença mental. Desde modo, podemos inferir a influência dos familiares, pares e profissionais na construção destes conceitos. Em terceiro lugar, estão os fatores comunitários e sua influência no processo de construção do conceito de saúde e doença. Nesses contextos comunitários são nomeados os locais de trabalho, a escola, serviço de saúde e a vizinhança e, como problemas, que perpassam esses contextos pode-se considerar os altos níveis de desemprego, presença de tráfico de drogas e de armas e componentes de ordem relacional, como isolamento social em que vivem determinadas famílias e a estrutura dos serviços de assistência. Em quarto, o modelo bioecológico enfatiza os fatores sociais mais amplos que influenciam a construção do conceito de saúde e doença, como, normas culturais e preconceitos. A partir desse modelo, entende-se que a construção das ideias de saúde e doença mental ocorrem nas microrrelações e no contexto da vida, se tornando uma expressão cultural naturalizada nas relações e nos comportamento, atitudes e práticas.

Dentre os fatores macrosistêmicos estudados na pesquisa, a cultura perpassará todas as instâncias: individual, familiar e social. Para Tylor (1871), a cultura é conhecimento,

crenças, arte, moral, leis, costumes, educação e quaisquer outras capacidades e hábitos adquiridos pelo homem e pela mulher como membro de uma sociedade. Deste modo, a cultura se apresenta como um conjunto de orientações explícitas e implícitas que os indivíduos herdam dentro de uma sociedade particular. Essas dizem como ver o mundo, experimentá-lo emocionalmente e se comportar em relação aos outros, às forças sobrenaturais ou aos deuses e ao ambiente natural. A cultura também transmite essas orientações para a próxima geração pelo uso de símbolos, linguagem, artes e rituais. Alguns autores destacam o aspecto ideacional da cultura, compreendendo-a como o sistema de conceitos, regras e significados que subjazem e são expressos nas maneiras como os seres humanos vivem (Keesing & Strathern, 1998).

A cultura pode ser encarada como uma lente herdada através da qual o indivíduo percebe e compreende o mundo em que habita e aprende a viver dentro dele. Crescer dentro de qualquer sociedade é uma forma de “enculturação”, pela qual o indivíduo lentamente adquire a sua lente. Sem esse tipo de percepção compartilhada do mundo, tanto a coesão como a continuidade de qualquer grupo humano seria impossível (Helman, 2009/1990).

Os níveis de cultura variam da cultura manifesta, terceiro nível, o qual é visível ao estrangeiro, por exemplo, os trajes típicos e a culinária nacional. Os níveis mais profundos incluem a cultura de nível secundário com suas crenças e regras que raramente são compartilhadas com estrangeiros. E a cultura de nível primário é o nível mais profundo da cultura, em que as regras são conhecidas e obedecidas por todos, mas raramente ou nunca mencionadas – implícitas - sendo praticamente impossível ao sujeito mediano expressá-las como um sistema, é, geralmente, inconsciente (Hall, 1984).

Segundo o antropólogo médico Helman (2009), a visão moderna da cultura destaca a importância de considerá-la sempre dentro de seu contexto particular. Esse contexto é composto de elementos históricos, econômicos, sociais, políticos e geográficos e significa

que a cultura de qualquer grupo de pessoas, em qualquer ponto particular no tempo, é sempre influenciada por muitos outros fatores. Pode ser impossível isolar as crenças e os comportamentos “puros” do contexto social e econômico em que eles ocorrem.

Para alguns teóricos, a visão moderna de cultura parte do pressuposto de que elas têm uma essência e uma identidade mais ou menos permanentes, por meio das quais podem ser facilmente descritas e identificadas. Tal identidade seria algo relativamente fixo e traduziria a essência da nação. Fundamentados nessa concepção de cultura e identidade, diversos esquemas conceituais e de referência foram criados para a compreensão e comparação cultural (Hofstede, 2001; House, Hanges, Javidan, & Dorfman, 2004). Grande parte deles foi criada a partir de uma visão dicotômica de cultura, por exemplo, culturas individualistas versus coletivistas, orientadas para pessoas versus voltadas para o trabalho, orientadas para valores femininos versus dirigidas para valores masculinos. Além disso, nesta visão moderna, a natureza das culturas é algo essencialmente territorial. Deriva de um processo de aprendizagem geralmente localizado, e remete à ideia de cultura no sentido de sociedade ou grupo. Essa visão traduz um olhar mais interno e de separatividade, um olhar de “dentro para fora”.

Por outro lado, o olhar pós-moderno de cultura permite compreender as culturas como um *software* humano geral, um processo de aprendizagem “translocal” que envolve um sentido global de território. Seria uma visão de fronteiras porosas mais facilmente interpenetráveis de fora para dentro (Hall, 2006). Este permite que as culturas sejam vistas com um todo heterogêneo, e por isso contrapõe a ideia de coesão, uniformização e homogeneidade, o que remete a uma visão de cultura que abriga misturas, contradições, diversidade e ambiguidade. Alguns estudiosos chegam a defender a ideia de que formas culturais puras não existem, pois as culturas seriam “todas envolvidas entre si”, heterogêneas e híbridas (Hall, 2006).

Nesta pesquisa é focalizada a relação do ser humano com a cultura na qual está inserido, seja em uma perspectiva micro ou macrossistêmica, pois esta interação influencia o processo de desenvolvimento do indivíduo (Bronfenbrenner, 1995; Bronfenbrenner & Morris, 1998), bem como seus comportamentos e ações no mundo. O conceito dos indivíduos acerca de saúde e doença tende a influenciar o modo de lidar com o seu próprio estado de saúde e doença (Boruchovitch & Mednick, 2002; Minayo, 1998). Sendo assim, o conceito de saúde e doença mental, a origem destes, as estratégias de *coping*, a rede de apoio social e afetiva, as barreiras de acesso aos serviços em saúde mental, a percepção do tratamento e a busca de ajuda, constructos constituintes do instrumento AMHC, serão analisados considerando a tessitura cultural implícita e explícita nas representações, concepções, crenças e comportamentos.

Deste modo, busca-se através desta pesquisa instituir os adolescentes como protagonistas de sua saúde, dando a eles visibilidade ao apreciar e valorar suas ideias, concepções e comportamentos, tornando-os alvo de investigação. Assim, pretende-se conhecer suas percepções a fim de favorecer a melhoria da atenção à saúde destes e o suporte às suas famílias. Para isto, se propôs três artigos. O artigo I tem como objetivo apresentar uma revisão narrativa sobre pesquisas realizadas na área e estudos preliminares do instrumento no exterior e no Brasil. O artigo II tem por objetivo descrever o processo de adaptação transcultural (ATC) do instrumento *AMHC* para a versão brasileira, nomeada de Acesso aos Cuidados em Saúde Mental (ACSM) e apresentar as evidências de validade do questionário. O artigo III tem o objetivo de comparar os constructos do instrumento considerando os aspectos de subcultura sendo estes o nível socioeconômico, o gênero, as regiões brasileiras e o grupo clínico e não clínico. Os dados desta tese serão apresentados em forma de artigos científicos visando com isto à sistematização das informações para tornar publicáveis com mais brevidade.

No Artigo I, “Pesquisas aplicadas sobre concepções, representações e crenças em saúde e doença mental”, buscou-se fazer um levantamento bibliográfico de produções acadêmicas revisada por pares sobre as concepções, representações e crenças em saúde e doença mental. A partir da análise dos estudos, identificou-se a existência de instrumentos usados em pesquisas de levantamento que investigavam as representações e concepções de saúde e doença mental. Os instrumentos e os dados de pesquisa referente a cada instrumento foram apresentados no artigo, acrescida a apresentação dos dados das pesquisas já realizadas com o AMHC.

No Artigo II, “Adaptação Transcultural do Instrumento *Access to Mental Health Care (AMHC)* para o contexto brasileiro: Acesso aos Cuidados em Saúde Mental (ACSM)”, apresentou-se detalhadamente todo o processo de adaptação transcultural do instrumento *AMHC* construído no contexto suíço. Os eixos de análise comparando a equivalência entre o instrumento original (AMHC) e o adaptado (ACSM) foram apresentados em seis dimensões: equivalência conceitual, de item, semântica, operacional, de mensuração e funcional. Por fim, foram apresentadas proposições de reestruturação do instrumento, para a forma de aplicação (uso do instrumento) e de futuras análises estatísticas confirmatórias e comparativas com outros instrumentos.

No Artigo III, “Comparações dos fatores do instrumento Acesso aos Cuidados em Saúde Mental em relação ao sexo, grupo clínico, nível socioeconômico e estados na perspectiva dos adolescentes”, foram apresentadas análises dos nove fatores que compuseram a estrutura fatorial do instrumento ACSM relacionando com quatro aspectos de subcultura: nível socioeconômico, o gênero, as regiões brasileiras e o grupo clínico e não clínico. A amostra foi composta por 480 jovens, 54,8% do sexo feminino e 45,2% do masculino. Foi considerada nesse estudo apenas a amostra de jovens composta na investigação da primeira fase de validação do instrumento que agregou os 97 itens do

instrumento e averiguou como esses se agrupavam independente da estrutura pré-estabelecida pelo instrumento AMHC.

## Artigo I

### **Pesquisas aplicadas sobre concepções, representações e crenças em saúde e doença mental**

**Resumo:** Este artigo tem por objetivo apresentar uma revisão narrativa de estudos sobre concepções, representações e crenças em saúde e doença mental, identificando as principais estratégias de coletas de dados. A ênfase é dada aos estudos que se utilizaram de instrumentos que servem as pesquisas de levantamento e aos estudos com o instrumento *Access to Mental Health Care*. Para isso, será apresentado o que se compreende por concepções, representações e crenças e como estas são construídas na vida das pessoas. Diante da revisão narrativa, identifica-se a necessidade de pesquisa sobre o tema, especialmente com o público adolescente.

**Palavras-chave:** concepções de saúde, doença mental, pesquisa aplicada e instrumentos de coleta de dados.

**Abstract:** This article aims to present a literature review of studies on conceptions, representations and beliefs about mental health and illness, identifying key strategies for data collection. Emphasis is given to studies that used instruments that serve the survey research and the studies using *Access to Mental Health Care* questionnaire. It will be shown what is meant by concepts, representations and beliefs and how these are constructed in people's lives. Given the literature review, it identifies the need for research on the topic, especially with the adolescent population.

**Keywords:** mental health and illness concepts, applied research and data collection instruments.



## Introdução

Determinadas concepções estão arraigadas nas formas cotidianas de ser e agir. Algumas ideias trazem um caráter estruturante, como a dissociação entre corpo e mente e as ideias de domínio e controle sobre a natureza. Estas representações passam a ser vistas como naturais e pertencentes à própria essência do ser humano, mas são noções históricas e culturais que ganharam força ao longo da história da ciência e filosofia modernas (Czeresnia, Maciel, & Oviedo, 2013). Deste modo, também os conceitos de saúde e doença nascem e se transformam conforme as mudanças sociais e econômicas que afetam os modos de perceber e agir. Considerando que a construção de conceitos sofre influência marcante da cultura, convém conhecer e considerar as diversas nuances de como a(s) cultura(s) se apresenta ou mesmo configura os conceitos de saúde e doença, seja direta ou indiretamente. A ligação entre saúde e doença depende de orientações de ação, como componentes do estilo de vida, consciência de riscos, regulação de ação, estratégias de *coping*, bem como, de aspectos socioeconômicos e culturais.

Além disso, as concepções de saúde/doença são expressões da realidade social que refletem as contradições do sistema capitalista (Minayo, 1998; Minayo, & Souza, 1989). As representações dominantes são mediadas pelos profissionais de saúde que tendem a se ater ao contorno biológico e individual do doente para explicar o fenômeno saúde/doença. Ao fazer isso, separam o sujeito de seu meio, de sua experiência pessoal e dos condicionamentos de sua situação.

Na medida em que pesquisadores concordam que as ideias dos indivíduos sobre saúde e doença têm um impacto sobre as atitudes e os comportamentos de saúde, as concepções de saúde e doença estão sendo cada vez mais estudadas. Nesse sentido, se identificam na literatura uma tendência à realização de pesquisas sobre as visões das pessoas, dos mais

variados contextos, a respeito das noções de saúde e doença (Boruchovitch & Mednick, 2002).

Investigar a visão de saúde e doença na perspectiva dos adolescentes e jovens, conforme se propõe o estudo *Access to Mental Health Care* (AMHC) nomeado no Brasil de Acesso aos Cuidados em Saúde Mental (ACSM), é reconhecê-lo como ator social envolvido no sistema e viabilizar a escuta de sua demanda a fim de fornecer subsídios para a estruturação de novos modelos de atendimento, bem como repensar os atuais. Essa perspectiva qualifica as tecnologias leves permitindo uma aproximação entre serviço e usuário, favorecendo assim o atendimento da população de adolescentes e jovens e minimizando as dificuldades de acesso aos serviços.

Estudar os conceitos de saúde e doença é relevante para: a) a promoção da saúde; b) a prevenção de riscos; c) a conformidade com a doença; d) as medidas de promoção de saúde condicionada; e) o conhecimento geral; f) o conhecimento do desenvolvimento psicológico; g) o teste de modelos de saúde e de doença; e h) as comparações culturais (Schmidt, & Fröhling 1998). Além disso, conhecer o conceito de saúde e doença mental pode auxiliar a compreensão das melhores formas de enfrentamento da doença, ajudar no controle das emoções que se associam aos problemas mentais e promover uma melhor interação entre profissionais de saúde e cliente.

Para estudar os conceitos de saúde e doença, é pertinente o uso de pesquisas multimetodológicas, as quais conciliam o delineamento qualitativo e quantitativo, como propostas pelo estudo *AMHC*. Estas são de grande valia em vista da compreensão das percepções e dos comportamentos humanos. Através de modos distintos é possível obter informações acerca da mesma realidade investigada. Sendo assim, o uso de entrevistas exploratórias e grupos focais anteriores à elaboração e a construção de questionários com fins de levantamento é essencial para prover um conhecimento acurado das percepções e

subjetividade dos indivíduos acerca do tema investigado, no caso a saúde mental e doença mental e a visão dos serviços de saúde mental.

### **A construção do conceito de saúde e doença**

O termo “conceito” inclui não apenas componentes cognitivos enquanto definição ou explicação de um objeto. Estão contidas nele também propriedades emocionais e motivacionais enquanto ideia subjetiva em nível individual e social, as quais se associam a comportamentos. Deste modo, por “conceito” pode-se compreender também as representações ou esquemas mentais e sociais (Dreher & Dreher 1999).

A história das representações de saúde e doença foi sempre pautada pela interrelação dos corpos dos seres humanos, as coisas e os demais seres que os cercam. Elementos naturais e sobrenaturais habitam estas representações desde tempos imemoriais, provocando os sentidos e impregnando a cultura, os valores e as crenças dos povos. A humanidade se empenhou-se em enfrentar a ameaça das doenças, recorrendo a várias formas, baseadas em diferentes conceitos do que vem a ser a doença e a saúde (Helman, 2009; Scliar, 2007).

A medicina grega representa uma importante inflexão na maneira de encarar a doença. Na mitologia grega, várias divindades estavam vinculadas à saúde. Através de Hipócrates, se inicia uma visão racional da medicina. O ser humano era como uma unidade organizada, a doença como uma desorganização desse estado. Hipócrates e seus seguidores, com sua perspectiva humoral, estabeleceram de modo mais evidente no Ocidente uma passagem do sobrenatural para o natural no que diz respeito às representações de saúde e doença (Scliar, 2007; Helman, 2009). No Oriente, a concepção de saúde e de doença seguia, e segue, um rumo diferente, mas, de certa forma, análogo ao da concepção hipocrática. Fala-se de forças vitais que existem no corpo: quando funcionam de forma harmoniosa, há saúde; do contrário, sobrevém a doença. As medidas terapêuticas (acupuntura, ioga) têm por objetivo

restaurar o fluxo de energia normal (“chi”, na China; “prana”, na Índia) no corpo (Scliar, 2007).

Scliar (2007) apresenta alguns dados importantes para a compreensão de evoluções históricas para o desenvolvimento da ciência. O autor relata que Paracelsus afirmava que as doenças eram provocadas por agentes externos ao organismo. Naquela época, e no rastro da alquimia, a química começava a se desenvolver e influenciava a medicina. Para ele, os processos que ocorrem no corpo humano são químicos, para expulsar a doença seriam também necessários agentes químicos (remédios), e passou a administrar pequenas doses de minerais e metais aos doentes. Já o desenvolvimento da mecânica influenciou as ideias de Descartes, no século XVII. Ele postulava um dualismo mente-corpo, o corpo funcionando como uma máquina. Ao mesmo tempo, o desenvolvimento da anatomia, também consequência da modernidade, afastou a concepção humoral da doença, que passou a ser localizada nos órgãos. No conceito de Bichat, saúde seria o “silêncio dos órgãos”. Mas a ciência continuava avançando e no final do século XIX registrou-se a revolução pasteuriana.

Scliar (2007) relata ainda que doenças agora poderiam ser prevenidas e curadas, pois fatores etiológicos até então desconhecidos estavam sendo identificados. Nessa época nascia a epidemiologia, e se enquadrava num contexto de “contabilidade da doença”. Se a saúde do corpo individual podia ser expressa por números (sinais vitais), o mesmo deveria acontecer com a saúde do corpo social; e ser expresso pela emergente ciência estatística. Mas não havia ainda um conceito universalmente aceito do que é saúde. Para isso seria necessário um consenso entre as nações, possível de obter somente em um organismo internacional.

Com a criação da *World Health Organization* (WHO) em 1948 possibilitou-se a definição universal do conceito de saúde, o reconhecimento do direito à saúde e da obrigação do Estado na promoção e proteção da saúde. O conceito de saúde como “o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade” refletia

uma aspiração dos movimentos sociais do pós-guerra - a ascensão do socialismo. Saúde deveria expressar o direito a uma vida plena, sem privações.

A amplitude do conceito da OMS acarretou críticas, algumas de natureza técnica e outras de natureza política. Em decorrência da primeira objeção, surge o conceito de Boorse (1977) no qual saúde é ausência de doença, relação com a eficiência das funções biológicas. Por algum tempo, a OMS focou suas ações em programas que atendiam a esse conceito, promovendo ações contra malária e varíola. Posteriormente, a Organização ampliou consideravelmente seus objetivos, como resultado de uma crescente demanda por maior desenvolvimento e progresso social. Enfatizaram-se as desigualdades na situação de saúde entre países desenvolvidos e subdesenvolvidos; destacou-se a responsabilidade governamental na provisão da saúde e a importância da participação de pessoas e comunidades no planejamento e implementação dos cuidados à saúde (Scliar, 2007).

A concepção de doença na racionalidade biomédica é especificada numa coleção de doenças (Camargo Junior, 2003). O reducionismo biológico da biomedicina exclui do escopo de considerações sobre o processo saúde/doença fatores sociais ou individuais, ditos “subjetivos”, com implicações para todas as intervenções da saúde (Arouca, 2003). A crítica ao modelo biomédico, explanado até este ponto do texto, centra seu foco nas distorções induzidas pela centralidade da categoria doença. Isto leva a uma série de consequências indesejáveis, em particular a redução da concepção de saúde à mera ausência de doenças. Como corolário identifica-se a ênfase excessiva na tecnologia “dura”, na produção de diagnósticos, à redução da terapêutica à prescrição medicamentosa e à ênfase numa perspectiva dita curativa, ou no máximo contemplando a prevenção das ditas doenças. Observa-se a exclusão da dinâmica social e subjetiva que dá de fato sentido à existência humana (Camargo Jr, 2007).

Segundo Almeida-Filho, Coelho e Peres (1999), a “abordagem canguilhemiana não admite a patologia como um dado objetivo, posto que os métodos da ciência positivista só podem definir variedades ou diferenças, sem valor vital positivo ou negativo (p.14)”. Os conceitos “normal-patológico” e “saúde-doença” não são proporcionais, análogos e nem configuram conceitos antagônicos. O patológico não é ausência de normas, mas a presença de diferentes normas possíveis, as quais dificultam o indivíduo ter o modo de vida dos indivíduos sadios. O patológico corresponde ao conceito de doença. “As possibilidades do estado de saúde são superiores às capacidades normais: a saúde constitui certa capacidade de ultrapassar as crises determinadas pelas forças da patologia para instalar uma nova ordem fisiológica” (Almeida-Filho, Coelho, & Peres, 1999, p. 114).

A abordagem foucaultiana é uma visão historiográfica da canguilhemiana que sinaliza como surgiram novos padrões de normalidade na medicina geral e mental e nas ciências humanas. A intenção era intervir no humano –corpo e mente- além do seu ambiente físico a fim de torná-lo produtivo. Deste modo, os conceitos implícitos nessa abordagem “denunciam a adesão a uma definição de saúde como capacidade adaptativa aos poderes disciplinares de corpos e atos” (Almeida-Filho, Coelho, & Peres, 1999, p. 114). O epistemólogo Samaja critica as duas abordagens mencionadas anteriormente e propõe o paradigma dos sistemas complexos adaptativos, sendo este uma base epistemológica para transpor o paradoxo biológico-social.

No âmbito conceitual da saúde mental, a etnopsiquiatria clássica aponta o ajustamento como ponto nodal à normalidade psíquica, e não a adaptação. Isso é, “a normalidade tem pouca relação tanto com a inadaptação, quanto com a adaptação sociológica à norma, ou seja, aos comportamentos valorizados pela cultura. Ela pode coincidir ou não com a média e não converge, necessariamente, ao padrão cultural geral, podendo também expressar os padrões das subculturas e dos seus indivíduos” (Almeida-Filho, Coelho, & Peres, 1999, p. 119).

Já a nova psiquiatria transcultural aceita que os problemas sobre saúde-doença mental sejam resolvidos pela ciência, mas salienta que eles envolvem uma multiplicidade de fatores. Deste modo, “um signo de anormalidade frente a nosologia médica pode indicar normalidade no contexto do próprio indivíduo ou de seu grupo social” (Almeida-Filho, Coelho, & Peres, 1999, p 119). Os signos e significados em saúde mental suscitam uma ampliação de sentidos, suscitando os recursos da semiologia e da hermenêutica a fim de ampliar o entendimento destes fenômenos. Por meio destas se torna mais concreta a exploração dos conceitos de saúde e doença mental e de seus correlatos, sinalizando a multiplicidade de sentidos do conceito de saúde e doença mental.

Autores da Antropologia Médica como Kleinman (1980), Farmer (1997), Helman (2009) e Good (1994), a partir de estudos de modelos explicativos de doença, começaram a questionar o conceito de doença, indicando que aquilo que era mais comumente referido como tal no campo da Biomedicina, tratava-se, na maioria das vezes, de um sofrimento, uma *disease* (ruptura do estado de bem-estar). A Antropologia sugeriu a ampliação do significado da palavra *disease* (doença) evitando uma possível associação unilateral com o campo Biomédico. Deste modo, a Antropologia considera as ordens sociais, políticas e culturais no adoecimento a partir do entendimento de que as doenças não são entidades universais. Adoece-se e sofre diversamente em distintas sociedades, culturas e tempos; bem como há doenças e sofrimentos culturalmente específicos.

No final da década de 1970, observou-se uma intensa busca de novos conceitos para dar conta das várias formas de adoecer. Um momento decisivo foi a distinção entre os conceitos *illness* e *disease*, que visavam a mostrar que pessoas doentes e profissionais da área da biomedicina não necessariamente compartilhavam das mesmas ideias sobre doença. Tampouco, isso ocorria somente em contextos sócio-culturais distantes. Mesmo na sociedade

ocidental era possível diferenciar a experiência do paciente, uma *illness*, do que seria a visão do médico, uma *disease*, uma patologia (Helman, 2009; Young, 1982).

Bibeau e Corin (1994, citado por Almeida-Filho, Coelho, & Peres, 1999) introduzem na antropologia médica a problemática da causalidade em diferentes níveis de determinação dos fenômenos. Deste modo, se propõe uma compreensão da experiência de adoecimento a partir de uma perspectiva global que integra sistemas semiológicos (percursos individuais, códigos culturais) e condições externas de produção (contexto macrossocial, determinação histórica).

Com isso, se considera o contexto socioeconômico, político e histórico nos processos de saúde-doença-cuidado. Além das influências dos fatores macrossociais, se enfatizam a autonomia e a responsabilidade dos indivíduos na modificação da história e dos fatos sociais. O quadro teórico de referencial antropológico, semiológico e fenomenológico para o estudo das semiologias populares e dos sistemas locais de significação e de ação frente aos transtornos mentais se apresenta como um modelo abrangente de compreensão do complexo saúde/patologia–enfermidade-doença (Almeida-Filho, Coelho, & Peres, 1999)

A psicologia e o seu olhar sobre os processos interiores e subjetivos dos indivíduos, sem desconsiderar as manifestações somáticas, tem apresentado também sua contribuição para o estudo e o manejo do sofrimento. A psicologia social adentra ainda outro caminho ao propor uma aproximação com a dimensão social do sofrimento e focar as condições relacionadas a processos sociais intrínsecos às condições de vida das sociedades nas quais os indivíduos estão inseridos. Assim, alguns trabalhos nessa área refletem sobre as condições sociais implicadas na construção da subjetividade individual (Carreteiro, 2003). Nesse sentido, esta área apresenta uma aproximação com a visão antropológica sobre o sofrimento social, sendo este o resultado de danos que a força social infringe na experiência humana.



A psicologia da saúde enfatiza o papel dos fatores psicológicos na causa, progresso e consequências da saúde e doença, sendo seu objetivo compreender, explicar, desenvolver e testar teorias e pô-las em prática. Nesta perspectiva, na psicologia da saúde são realizados estudos para avaliar o papel do comportamento na etiologia das doenças, prever os comportamentos não saudáveis; compreender o papel psicológico da experiência da doença; avaliar o papel do psicológico no tratamento das doenças; promover comportamentos saudáveis e prevenir doenças. Ao enfatizar o papel que os comportamentos e as crenças exercem na saúde/doença, a psicologia da saúde investiga as diferentes formas das crenças se relacionarem com os comportamentos e como ambos se associam com a doença (Ogden, 1996).

### **Crenças e comportamentos de saúde/doença**

Saúde e doença são conceitos distintos, pois dependem de fatores gerais e específicos e são influenciados por características como idade, gênero, cultura e estado de saúde. Nesta medida, os conceitos de saúde e de doença se relacionam com as vivências internas das experiências do indivíduo na interação com os diversos ecossistemas. Entretanto, os conceitos de saúde e doença não são conceitos facilmente separáveis. A distinção se dá pelo aumento da experiência e do conhecimento, sendo o ápice da diferenciação o reconhecimento da saúde e da doença como dois conceitos distintos, mas relacionados (Dreher & Dreher, 1999).

A complexa compreensão das possíveis causas das doenças aponta para os multifatores que as ocasionam e a combinação de aspectos biológicos (aspectos genéticos, vírus, bactérias e defeitos estruturais), psicológicos (cognição, emoções e comportamentos) e sociais (normas sociais do comportamento, pressões para mudança de comportamentos, valores sociais em saúde, classe social e etnia) que interagem na constituição da doença.

Deste modo, o modelo linear de causa da doença é sobreposto ao modelo biopsicossocial de saúde e doença (Engel, 1977, 1980). É possível entender que saúde e doença são vistas integradas e fazendo parte de um *continuun* da vida de cada pessoa. A característica marcante desta integração é a visão processual de estar saudável e doente, que pode ser compreendida como uma complexa dinâmica influenciada por aspectos genéticos, emocionais, psíquicos e sociais.

A representação da doença é a crença implícita do senso comum do próprio paciente sobre sua doença. Os estudos de Hays e Stewart (1990, citado por Ogden, 1996) e Lau (1995, citado por Ogden, 1996) revelam que as crenças sobre estar doente existem no contexto das crenças sobre estar saudável, isto é, estar doente significa não estar saudável e sentir-se diferente do usual. De acordo com dados de pesquisa (Lau, 1995 citado por Ogden, 1996), a maioria das pessoas apresenta uma definição positiva de saúde, considerando aspectos além dos fatores físicos. Estes dados descrevem a saúde em cinco dimensões: 1) fisiológica: boa condição, ter energia; 2) psicológica: alegre, enérgico, sentir-se bem psicologicamente; 3) comportamental: comer, dormir adequadamente; 4) conseqüências futuras: vida longa, expectativa de vida; e 5) ausência de: mal-estar, doença, sintomas.

Os conceitos de doença incluem experiências e conhecimento sobre: a) condições de aparecimento e causas da doença; b) extensão temporal e curso típico; c) oportunidades de recuperação, possibilidades de tratamento e respectiva eficácia; e d) sentido e significado da doença na existência humana. Além disso, os conceitos de doença são fortemente influenciados por questões como, quando e por quanto tempo uma pessoa é acometida pela doença e lida com ela diretamente ou indiretamente no contexto familiar e| profissional (Dreher, & Dreher 1999). Outro estudo apontou três categorias de conceitos e crença de doença: a) doença como destruição: perda de funções, isolamento, dependência, violência, inatividade; b) doença enquanto libertação: quebra da rotina, redescoberta pessoal; e c)

doença enquanto problema: luta, aceitação, participação no processo de cura, partilha ou colaboração com o profissional de saúde (Herzlich, 1973).

O significado de estar doente também foi investigado por Lau (1995, citado por Ogden, 1996) sendo apresentadas seis dimensões das crenças sobre doença, são estas: 1) não sentir-se normal - não sentir-se bem; 2) sintomas específicos - fisiológico ou psicológico; 3) doenças específicas - câncer, resfriado, depressão; 4) consequências da doença - não poder fazer o que faz usualmente; 5) linha de tempo - quanto tempo o sintoma dura; e 6) ausência de saúde - não estar saudável.

Herzlich (1973) aplicou a teoria da atribuição em pesquisa de saúde buscando identificar as causas gerais da saúde e doença. Foi percebido que a saúde está mais relacionada aos aspectos internos do indivíduo e a doença aos fatores do mundo externo que afetam o corpo, estando a doença mais relacionada com os comportamentos. O autor encontrou três tipos de conceitos de saúde: a) saúde enquanto vácuo, estado negativo de ausência da doença; b) saúde como potencial para; e c) saúde enquanto um estado de equilíbrio, um bem-estar físico e psicológico.

Em seus estudos, Faltermaier (1994) dividiu saúde em dois aspectos estando ambos relacionados com o contexto social: a) consciência de saúde - que inclui componentes biográficos e cognitivo-emocionais, percepção do próprio corpo, percepção de riscos e recursos; e b) comportamento de saúde - que diz respeito a lidar conscientemente com a própria saúde e corpo, o *coping* do stress e à utilização de recursos. O autor ampliou a categorização dos conceitos de saúde feita por Herzlich (1973) para quatro categorias, acrescentando saúde enquanto modo de vida, salientando alguns aspectos privilegiados como a alimentação saudável, boa forma e hábitos cotidianos que favorecem a saúde, como andar de bicicleta ao invés de carro. De acordo com Flick (1998), os conceitos de saúde podem ter diferentes dimensões: a) delineações negativas, b) disposições positivas, c) descrições de um

estado, d) saúde enquanto condição para, e) saúde como resultado de certas ações e f) saúde enquanto fenômeno do funcionamento social.

A teoria da atribuição apresenta quatro dimensões atributivas: a) interno x externo, b) estável x instável, c) global x específico e d) controlável x incontrolável. Brickman et al. (1982, citado por Ogden, 1996) salientaram a distinção entre atribuições da causa do problema e atribuições da solução do problema. As teorias da atribuição e o locus de controle da saúde enfatizam aspectos mais relacionados à causalidade e controle, o otimismo irreal foca a percepção da suscetibilidade ao risco, e o modelo transteórico de mudança do comportamento salienta a dinâmica natural das crenças, tempo e custo benefício. Todos esses diferentes aspectos de crenças em saúde estão estruturados e integrados em modelos de crenças em saúde e do comportamento.

Leventhal e Nerenz (1985) descreveram diversos fatores que eles acreditavam prever os comportamentos de saúde: 1) fatores sociais; 2) genéticos; 3) fatores emocionais; 4) sintomas percebidos; 5) crenças dos pacientes; e 6) crenças dos profissionais de saúde. A combinação desses fatores pode ser utilizada para prever e promover comportamentos relacionados com a saúde. Dentre estes, as crenças em saúde e doença tem sido alvo de inúmeras pesquisas com foco em comportamentos de saúde. Diferentes abordagens são tomadas nesses estudos, como, teoria da atribuição, locus de controle da saúde, otimismo irreal e o modelo transteórico da mudança de comportamento.

É possível dar sentido ao problema de saúde acessando as crenças individuais de doença. Os sintomas e as mensagens sociais contribuem para o desenvolvimento da crença sobre doença, a qual é construída de acordo com as cinco dimensões da representação de doença. A representação cognitiva não é a única consequência da percepção do sintoma e da mensagem social. A identificação do problema da doença também resultará em mudanças no estado emocional. Portanto, qualquer estratégia de enfrentamento deve estar relacionada com

as representações da doença e com o estado emocional individual (Leventhal & Nerenz, 1985).

As representações provêm os pacientes com um esquema estrutural ou de suporte para: (1) enfrentar com; (2) compreender a sua doença; e (3) indica ao paciente o que buscar se eles estiverem adoecendo (busca de ajuda; Leventhal et al., 1980; Leventhal & Nerenz, 1985). As crenças sobre doença foram classificadas em cinco dimensões: 1) identidade; 2) percepção da causa da doença - biológica, psicológica, os pacientes também podem ter representações que refletem uma variedade de modelos causais; 3) linha do tempo - crença do paciente sobre quanto tempo a doença dura, curto prazo ou crônico; 4) conseqüências - percepção do paciente sobre a possibilidade dos efeitos da doença na sua vida, que podem ser físicas, emocionais ou uma combinação de fatores; 5) cura e controle: o paciente representa a doença em termos do quanto ela pode ser tratada ou curada e quanto à proporção do quanto às conseqüências-resultados da doença podem ser controlados por eles mesmos ou por profissionais.

A discussão sobre crenças em saúde e doença revelam que os indivíduos apresentam crenças consistentes sobre a doença, as quais podem ser usadas para dar sentido a própria doença e ajudá-los na compreensão de quaisquer sintomas aparentes. O foco de atenção da doença não se limita ao aspecto físico ou psicológico em adoecimento, toda pessoa deve ser tratada, sendo encorajada a mudança de comportamento, de crenças, de estratégias de enfrentamento e de adesão às recomendações médicas.

### **Pesquisas sobre concepções e representações em saúde e doença mental**

Foi realizado um levantamento bibliográfico de artigos revisados por pares nas bases de dados GALE, DOAJ, Elsevier e SciELO. Usando como descritores os termos concepções, representações, saúde e doença mental encontrou-se 251 artigos entre os anos de 1999 a

2014. Ao serem analisados pelo resumo, identificou-se que apenas 24 abordavam pesquisas sobre concepção/representações de saúde e doença mental. Os demais artigos versavam sobre a concepção/representação acerca da participação social, do serviço, do tratamento, da participação familiar no serviço, dos cuidadores e dos profissionais que atuam na saúde mental. Grande parte dos estudos era de abordagem qualitativa, sendo utilizadas entrevistas e/ou grupos focais como estratégia de coleta de dados. Quatro pesquisas eram de cunho qualitativo e quantitativo sendo utilizados inventários ou teste para a coleta de dados. Estas serão apresentadas a seguir.

Osinaga, Furegato e Santos (2005) utilizaram a Escala de Medida de Opinião (EMO) para analisar as concepções sobre doença mental e a assistência psiquiátrica junto a portadores de transtornos mentais e seus familiares. Os resultados, a partir das opiniões dos pacientes e seus familiares sobre “conceitos em saúde mental” e “assistência aos cuidados de saúde mental”, mostraram que não houve diferenças significativas entre as opiniões dos pacientes e parentes, exceto na comparação do conceito e assistência intra grupo.

A EMO também foi utilizada no estudo de Osinaga e Furegato (2003) tendo como publico alvo 38 estudantes de enfermagem, sendo o objetivo investigar o conhecimento acerca da doença mental e seus tratamentos. Os resultados mostraram que nem todas as doenças ou problemas sociais devem ser tratados pela instituição psiquiátrica. Enfatiza a participação da família e o preparo profissional para melhorar a qualidade do cuidado.

As representações sociais sobre o cuidar do doente mental no domicilio foi investigada por Silva e Sadigursky (2008), tendo como participantes do estudo 100 familiares que cuidavam de doentes mentais. Estes foram submetidos ao Teste de Associação Livre de Palavras (TALP), e 31 destes responderam à entrevista semi estruturada. Nos resultados, observou-se o sofrimento da família frente às barreiras enfrentadas para se ter assistência adequada. As implicações do cuidar do doente geram doenças físicas, desestruturação da

família e solidão dos cuidadores, trazendo conseqüências para os aspectos da convivência e de relacionamento. Na questão referente às atitudes frente ao cuidar do doente mental em casa, a família representou situações ambíguas em que se encontraram sentimentos positivos e negativos. A família que cuida de um doente mental representa as crenças religiosas como o consolo para suas angústias e amparo para prosseguir cuidando doente mental. Na análise fatorial de correspondência, observou-se que para as famílias a doença mental representa dor, despesas, agressão, dificuldades e depressão. Os familiares representam o cuidar do doente mental no domicílio como uma alternativa de tratamento que possibilita melhores resultados que as internações, mas que, no entanto, necessitam de assistência para prestar o cuidado adequado.

Loureiro, Dias e Aragão (2008) realizaram um estudo descritivo correlacional com 834 indivíduos adultos, utilizando como instrumentos de coleta: *Opinions About Mental Illness Scale* (OMIS, Cohen & Struening, 1963; Oliveira, 2005), Inventário de Crenças acerca da Doença Mental (ICMD, Loureiro, Dias, & Ferreira, 2006) e o Questionário de Causas da Doença Mental (QCDM, Loureiro, Dias, & Aragão, 2008). Os resultados acerca das crenças e atitudes perante os doentes e as doenças mentais mostraram um nível de aceitação e tolerância elevadas, apesar dos mitos da incurabilidade e periculosidade. Observou-se que as atitudes autoritárias estavam associadas às crenças da incurabilidade e periculosidade. As atitudes benevolentes e tolerantes se associavam ao reconhecimento da doença, inclusive da condição médica. A conclusão deste estudo apresenta uma mudança positiva no modo de encarar os problemas mentais, apesar de ainda se observar estereótipos de incurabilidade e periculosidade.

Os estudos apresentados indicam quatro instrumentos específicos que se propõem a investigar as concepções, representações e crenças em saúde e doença mental. A EMO foi construída a partir de um grande número de afirmações, extraídas de textos da literatura e de

experiência profissional de pesquisadores e de pessoas relacionadas ao objeto de estudo (Osinaga, 1999). Primeiramente, o instrumento continha 56 afirmações sobre saúde, doença mental e assistência, onde o sujeito demonstrava seu grau de concordância ou discordância numa escala de resposta de tipo *Likert* de cinco pontos. A EMO sofreu reformulação para ter uma melhor eficiência, compondo atualmente 34 afirmativas distribuídas entre as categorias conceitos e assistência (Osinaga, Furegato, & Santos, 2003). A OMIS na versão portuguesa (Oliveira, 2005) é constituída por 5 fatores correspondentes a 5 atitudes, nomeadamente autoritarismo e restrição dos direitos pessoais e sociais; separatismo hostil e estigmatizante; etiologia de esforço e irreparabilidade; aceitação e melhoramento ambiental e social; e benevolência. A escala tem o formato de resposta tipo *Likert* de 1 (discordo completamente) a 6 (concordo completamente) pontos.

O ICDM é constituído por 45 itens também do tipo *Likert* de 1 a 6 pontos, cobrindo seis crenças, nomeadamente: incurabilidade; reconhecimento da doença; periculosidade; doença como causadora de estigma e discriminação; responsabilidade pessoal; doença como condição médica. O QCDM é constituído por três fatores, nomeadamente traumas emocionais e profissionais; traumas à nascença, doença, e comportamentos de risco; causas associadas ao envelhecimento e deterioração. O formato de respostas é dicotômico (concordo-discordo).

Além destes estudos apresentados e dos referidos instrumentos, se apresenta neste artigo os estudos que utilizaram o instrumento *Access to Mental Health Care* (AMHC) o qual está em processo de validação no Brasil. Sua relevância está na aplicação com a população de adolescentes e na complexidade de eixos de análises propostos.



## **Pesquisas aplicadas com instrumento Access to Mental Health Care**

O projeto *AMHC* baseado no método qualitativo-quantitativo destinou-se a investigar amostra de todos os cantões da população Suíça, incluindo os imigrantes. Foram incluídos, além das três principais origens linguísticas existentes na Suíça (alemão, francês e italiano), o português, devido à representatividade do grupo de imigrantes de língua portuguesa, de Portugal e do Brasil. O estudo caracterizou-se por ser multimetodológico e executado em três fases: a) qualitativa: entrevistas com crianças, adolescentes e familiares (pai, mãe, avós) e grupo focal com psicólogos escolar, professores e educadores primário); b) quantitativa: questionário AMHC; e, c) intervenção. A realização da pesquisa seguiu uma perspectiva heurística, na qual a análise qualitativa serviu para explorar o campo e formular hipóteses que embasassem a pesquisa quantitativa, inclusive a construção do instrumento a ser aplicado na etapa seguinte (Gonçalves, 2009; K  ppler, 2004; K  ppler & M  hler, 2006).

O projeto *AMHC* teve como objetivo, em sua primeira fase, qualitativa e exploratória, investigar as estruturas mais abertas dos conceitos de saúde e doença mental, estando estes presentes ou não na literatura. As entrevistas nos estratos populacionais forneceram informa  es para o desenvolvimento do método quantitativo. Nessa primeira fase do estudo, foram entrevistados adolescentes: da popula  o em geral, de ambulatórios psiquiátricos, com abuso de substâncias, com comportamento anti-social, e imigrantes.

Na fase qualitativa da pesquisa foram realizadas 170 entrevistas exploratórias individuais semi-estruturadas (32 imigrantes Portugueses e Brasileiros, 51 Su  cos) e seus respectivos pais, (39 imigrantes Portugueses e Brasileiros e 48 Su  cos). Para complementar o material das entrevistas com as famílias, foram conduzidos cinco grupos focais sobre os mesmos temas com profissionais de educa  o e saúde, incluindo um grupo específico de profissionais com experiência quotidiana com famílias imigrantes.

Além de questões sobre conceitos de saúde e doença mental e percepções (retirados de Lauber et al. 2001), a entrevista incluiu perguntas sobre a Avaliação de Serviços para Crianças e Adolescentes (SACA; Horowitz, 2001). Os seguintes tópicos foram abordados por meio de perguntas abertas e estruturadas: percepções e conceitos de saúde mental infanto-juvenil, ações tomadas diante de certos problemas, conhecimento e percepção do tratamento, barreiras percebidas em relação aos serviços, conhecimento sobre os serviços e projetos. Os dados foram analisados à luz da análise de conteúdo, a partir deles iniciou-se a segunda fase com a elaboração do questionário sobre saúde e doença mental (Gianella, 2008; Gonçalves, 2009; Moleiro & Gonçalves, 2010).

A entrevista e os questionários foram construídos em versões do alemão, italiano, francês e português na versão lusitana. A equivalência do conteúdo foi atingida através de discussões com falantes bilíngues e representantes da cultura dos portugueses e brasileiros. Os constructos foram testados, adaptados, analisados e enriquecidos através da abordagem qualitativa. Os dados e as experiências das entrevistas e dos grupos focais foram utilizados para desenvolver o questionário AMHC (Gianella, 2008).

Os itens do questionário tratam dos conceitos de saúde mental, doença mental, estratégias de ação, barreiras aos serviços, a assistência na procura, bem como a experiência com o sistema de saúde mental. No estudo quantitativo, a amostra foi de 887 crianças e jovens escolares de 12 a 16 anos, e seus cuidadores ( $N=292$ , mãe e pai). O instrumento foi aplicado na Suíça com a população de adolescentes sem experiência no sistema de saúde mental infantil e juvenil, com adolescentes com experiência no sistema de saúde mental infantil e juvenil, com adolescentes de risco recrutados através de lares de acolhimento, com adolescentes clínicos recrutados em centros de psiquiatria infantil e juvenil, e com imigrantes portugueses e brasileiros (Gianella, 2008; Gonçalves, 2009; Moleiro & Gonçalves, 2010). O questionário na versão lusitana foi alvo da adaptação transcultural (ATC) para o Brasil.

A pesquisa transcultural é um trabalho de parceria que vem sendo realizado desde 2006. O protocolo de pesquisa suíço inspirou o projeto brasileiro "Concepções de saúde e adoecimento mental e percepções do serviço na perspectiva de adolescentes e seus cuidadores" (Edital do CNPq no. 25-2007) desenvolvido nas cidades de Brasília, Porto Alegre, Fortaleza e Belém. As análises parciais da amostra brasileira estão no escopo de duas dissertações de mestrado focadas na população de Porto Alegre e Belém (Aquino-Morais, 2008; Rodrigues, 2011) e a de Brasília consta em um relatório de pesquisa (Amparo et al., 2010). Até o momento, foram realizadas quatro pesquisas com o questionário AMHC, duas na suíça e duas no Brasil.

A pesquisa de Gianella (2008) apresentou todo o processo de construção do instrumento AMHC, fase qualitativa e quantitativa. Os dados de ambas as fases foram comparados a fim de corroborar os dados colhidos através de estratégias distintas. O modelo bioecológico de Bronfenbrenner foi usado para organizar os eixos de análise das categorias da fase qualitativa. Ele permite uma visão de conjunto e auxilia na sistematização ao contemplar os diferentes níveis sistêmicos (nível macrosistêmicos, cultura e religião; níveis micro-sistêmicos e mesosistêmico, escola, família, relações sociais; nível individual, emoções, cognição, comportamentos e aspectos biológicos) que influenciam a construção do conceito de saúde e doença. As análises quantitativas descrevem a amostra de adolescentes, de cuidadores e fez uma comparação entre estas duas gerações, bem como comparou as diferenças entre os cantões suíços, a experiência ou não de tratamento, sexo e a faixa etária.

Gianella (2008) apresentou a construção e validação do AMHC realizando uma análise fatorial dos componentes principais por subseção separadamente para adolescentes e pais, conforme apresenta as Tabelas 1 e 2. Em seu estudo não é apresentada as análises para todas as seções temáticas abordadas na construção do AMHC. No estudo, é realizada a Análise Fatorial (AF) dos componentes principais (PC), sendo apresentado o Kaiser-Meyer-

Olkin (KMO), o *alpha de Cronbach* para a subseção, bem como para as escalas originadas na construção dos fatores com rotação *Oblimin*, e a nomeação dada a cada escala referente aos itens que nela se agruparam. A Tabela 1 apresenta as informações referentes às subseções de “Saúde mental” e “Doença mental”.

*Tabela 1. Análise fatorial para as subseções de saúde e doença mental*

População	Subseção	$\alpha$	KMO	No. Fatores % Variância explicada	$\alpha$ de Cronbach por escala e No. Itens na escala
Adolescente N=346	Saúde mental	0.81	0.86	3 Fatores 44.03%	1. positividade e atividade $\alpha = 0.76$ (7 itens) 2. normalidade e funcionalidade $\alpha = 0.59$ (5 itens) 3. julgamento e metacognição $\alpha = 0.58$ (4 itens)
Pais N=403	Saúde mental	0.83	0.85	4 Fatores 54.24%	1. positividade e atividade $\alpha = 0.73$ (4 itens) 2. normalidade e funcionalidade $\alpha = 0.70$ (5 itens) 3. responsabilidade social $\alpha = 0.67$ (4 itens) 4. julgamento e metacognição $\alpha = 0.50$ (3 itens)
Adolescente N=344	Doença mental	0.76	0.77	4 fatores 49,60 %	1. emoções negativas $\alpha = 0.76$ (6 itens) 2. grave e misterioso $\alpha = 0.62$ (4 itens) 3. fatalista $\alpha = 0.42$ (3 itens) 4. anormalidade $\alpha = 0.36$ (4 itens)
Pais N=407	Doença mental	0.83	0.84	4 fatores 52.85%	1. anormalidade $\alpha = 0.74$ (7 itens) 2. grave e misterioso $\alpha = 0.54$ (3 itens) 3. fatalista $\alpha = 0.55$ (3 itens) 4. emoções negativas $\alpha = 0.78$ (4 itens)

A Tabela 2 apresenta as informações referentes às subseções de “Estratégias de *Coping*” e “Barreiras de acesso aos serviços em saúde mental”. Observou-se a ausência de dados referente ao *alpha de Cronbach* e o KMO para os adolescentes na subseção “Barreiras de acesso aos serviços de saúde mental”. As demais subseções do instrumento AMHC não foram analisadas, a saber: origem da visão de saúde e doença mental, religião, rede de apoio, visão do tratamento em saúde mental e busca de ajuda.

Tabela 2. Análise fatorial para as subseções Estratégias de Coping e Barreiras de acesso

População	Subseção	$\alpha$	KMO	No. Fatores % Variância explicada	$\alpha$ de Cronbach por escala e No. Itens na escala
Adolescentes N=347	Estratégias de Coping	0.43	0.67	4 fatores 47.30%	1. passividade $\alpha = 0.34$ (6 itens) 2. medicina $\alpha = 0.50$ (4 itens) 3. Autoajuda e minimização $\alpha = 0.09$ (2 itens) 4. distrair, esperar $\alpha = 0.36$ (3 itens)
Pais N=416	Estratégias de Coping	0.65	0.68	5 fatores 56.50%	1. entretenimento, esperar $\alpha = 0.63$ (3 itens) 2. passividade $\alpha = 0.50$ (4 itens) 3. Medicina $\alpha = 0.64$ (3 itens) 4. minimização $\alpha = 0.54$ (3 itens) 5. Falar com alguém $\alpha = 0.31$ (2 itens)
Adolescentes N=363	Barreiras de acesso	-	-	4 fatores	1. acessibilidade, não amigável, falta informação $\alpha = 0.62$ (5 itens) 2. nenhuma ajuda $\alpha = 0.62$ (4 itens) 3. normalidade, estigma, medo exclusão $\alpha = 0.72$ (4 itens) 4. família $\alpha = 0.50$ (3 itens)
Pais N=410	Barreiras de acesso	0.87	0.84	4 fatores 59.90%	1. estigma, medo exclusão, falta informação $\alpha = 0.84$ (6 itens) 2. acessibilidade, não amigável $\alpha = 0.75$ (3 itens) 3. nenhuma ajuda $\alpha = 0.70$ (4 itens) 4. família $\alpha = 0.59$ (3 itens)

O estudo de Gonçalves (2010) investigou as concepções e o acesso a saúde mental de adolescentes imigrantes na Suíça de 10 a 16 anos comparando com os não imigrantes e seus pais (71 imigrantes, 32 jovens e 39 pais, e 99 suíços, 51 jovens e 48 pais). Na comparação por média em cada item da subseção saúde mental, diferenças significativas sobre a concepção de saúde mental entre adolescentes suíços e imigrantes ocorreram em três itens: "não tomar drogas", "ter uma noção do que é melhor não fazer" e "ser normal". O item "não tomar drogas" representou mais a saúde mental dos portugueses em comparação com os suíços ( $p = 0,02$ ) e outros migrantes ( $p = 0,06$ ). Outros imigrantes representaram mais a saúde mental

através do item "ter uma sensação de que não é melhor fazer" em relação aos suíços ( $p = 0,07$ ). Para os imigrantes portugueses, saúde mental significa mais "ser normal" em comparação com os suíços ( $p = 0,01$ ). Realizando a comparação por meio da AF na subseção saúde mental, os resultados não apresentaram diferença significativa entre os grupos de adolescentes suíços e imigrantes.

Para os pais, na comparação por item da subseção saúde mental, "não tomar drogas" foi mais importante para os pais de língua portuguesa do que para outros pais imigrantes ( $p = 0,01$ ). Os pais portugueses consideraram "ser normal" como mais representativo em comparação com suíços ( $p = 0,02$ ) e para outros pais migrantes ( $p = 0,06$ ). Os pais portugueses também representaram mais "ter noção do que não se deve fazer" em comparação com os pais suíços ( $p = 0,008$ ) e outros pais imigrantes ( $p = 0,001$ ). A comparação feita pela AF não mostrou diferenças significativas.

Para os adolescentes, as maiores barreiras no acesso aos cuidados de saúde mental é o medo da estigmatização "Ele não quer ser ridicularizado pelos colegas" e os estereótipos negativos "Ele acha que um psicólogo/psiquiatra é só para os loucos". Além disso, os adolescentes representaram o item "Considera que a ajuda não é necessária", seguido pela falta de informação sobre cuidados de saúde mental, "Ele não sabe o que o psicólogo/psiquiatra vai fazer com ele". A quarta frequentemente mencionada barreira mostra mais uma vez que o medo da discriminação "Ele teme acabar em um hospital psiquiátrico" e "Ele teme ir para uma classe/escola especial". Não foram encontradas diferenças entre os grupos de adolescentes suíços, portugueses e outros imigrantes em termos de barreiras percebidas no acesso aos cuidados de saúde mental.

Os pais de grupo outros imigrantes escolheram mais frequentemente o item "Ele acha que seus pais não querem que ele vá para um psiquiatra/psicólogo", em comparação com os pais dos imigrantes portugueses ( $p = 0,09$ ) e pais suíços ( $p = 0,04$ ). Houve diferença

significativa entre o grupo de pais de língua portuguesa para o item "Problemas mentais/psicológicos deveriam ser resolvidas na família" em comparação com os Pais suíços ( $p = 0,01$ ) e outros pais imigrantes ( $p = 0,007$ ). Outros pais migrantes em comparação com pais suíços ( $p = 0,009$ ) são representaram mais o item "Ele não sabe onde obter ajuda ou quem é responsável " como barreira de acesso.

No trabalho de Aquino-Morais (2008), participaram 30 adolescentes de escolas públicas, residentes na cidade de Porto Alegre, com idades entre 14 a 18 anos ( $M=15,71$ ;  $DP=1,19$ ), sendo 46,7% do sexo masculino ( $n=14$ ) e 53,3% feminino ( $n=16$ ). Cinquenta por cento dos adolescentes cursavam a oitava série ou o primeiro ano do ensino médio ( $M=7,40$ ;  $DP=1,19$ ). Os demais se distribuíam da quinta a sétima série do ensino fundamental. E 28 adultos responsáveis pelos adolescentes participantes foram entrevistados, sendo 10 do sexo masculino (pai ou padrasto) com idade variando entre 27 a 55 anos ( $M=38,5$ ;  $DP=7,89$ ) e 18 do sexo feminino (mãe, tia ou avó) com idade variando de 31 a 67 anos ( $M=42,1$ ;  $DP=9,27$ ). No total, foram entrevistadas 20 famílias por meio de visitas domiciliares.

O estudo mostrou como fatores socioeconômicos, aparentemente distais, perpassam todo o desenvolvimento, influenciando diretamente e/ou indiretamente na vida dos indivíduos. A condição de pobreza e todas as conseqüências relacionadas a ela afetam a qualidade de vida e bem-estar dos adolescentes e das famílias. Condições precárias de moradia, transporte, saneamento, bem como a violência e as drogas presentes na dinâmica e funcionamento da comunidade são fatores de risco à saúde das famílias e dos adolescentes.

Segundo Aquino-Morais (2008), os estereótipos sociais, como o estigma, ainda são presentes e fortes que dificultam a melhoria da atenção nos serviços de saúde mental, bem como as barreiras de acesso ao serviço. O estudo também mostrou o desconhecimento do papel e função do profissional de saúde mental. Além disso, revelou as principais redes de apoio dos adolescentes frente a um problema mental/emocional e as estratégias de cuidado

utilizadas por estes para cuidarem de si mesmo frente ao sentir-se mal mentalmente/emocionalmente. Também foram identificadas as diferenças e semelhanças entre as visões dos adolescentes, das cuidadoras e dos cuidadores para todos os aspectos investigados no estudo.

A visão dos adolescentes e seus cuidadores sobre saúde e doença mental revelaram um conhecimento superficial acerca do trabalho e funções dos profissionais de saúde mental, bem como a presença de estereótipos sociais como a idéia do louco e a preocupação com a exclusão e o preconceito. Os profissionais de saúde, a família e a escola se mostraram como os meios possíveis de atingir uma mudança de mentalidade ao serem mencionados como as principais redes de apoio, busca de ajuda e formadores de opinião (Aquino-Morais, 2008).

A pesquisa de Rodrigues (2011) foi um estudo descritivo e correlacional com 100 adolescentes ( $M=14,47$ ,  $DP=1,90$ ) e 100 cuidadores, no município de Belém-PA. A pesquisa ocorreu em dois contextos clínicos públicos, sendo um ambulatório especializado em saúde mental e um geral e dois contextos escolares, sendo um público e um privado. Em relação ao significado atribuído à saúde mental, destacaram-se para ambos, adolescentes e cuidadores, a preocupação em não consumir drogas. Já com relação ao significado atribuído à doença mental, destacou-se, para ambos os grupos, como um evento a ser conduzido com seriedade. As perspectivas dos adolescentes e cuidadores quanto à procedência das idéias do adolescente sobre saúde e doença mental foram bastante heterogêneas nos contextos investigados. Para adolescentes, as variáveis de maior relevância foram os profissionais, a escola e os pais e para cuidadores, as variáveis de maior relevância foram a mídia e os pais. A religião para ambos, cuidadores e adolescentes, contribui para a saúde mental/emocional, mas não se revelou como fator causal ou terapêutico para os problemas.

A principal referência de ajuda para os adolescentes quando ocorrem problemas de saúde mental foi a da figura materna. Foram evidenciados estereótipos em saúde mental no



grupo de adolescentes confirmados pelo desconhecimento com relação ao campo e práticas dos profissionais de saúde mental, além de temores do adolescente de ser alvo de discriminação, principalmente na escola pública. Sobre a percepção do tratamento, os adolescentes revelaram perspectivas favoráveis quanto ao tratamento como fonte de ajuda e espaço privilegiado para expressar suas opiniões (Rodrigues, 2011).

### **Considerações Finais**

Os conceitos de saúde mental e doença mental refletem a conjuntura social, econômica, política e cultural, sendo influenciado pela época, lugar, classe social, valores individuais, concepções científicas, religiosas e filosóficas. Deste modo, é importante considerar a história como um caminho para a análise das concepções, uma vez que nesta se observa a demarcação da articulação das representações de saúde e doença com a patologia de uma época e sua configuração histórica e ideológica.

A transição do paradigma biomédico para o biopsicossocial está se concretizando, apesar do impasse ainda presente neste processo de transição. O cuidado em saúde a partir deste novo paradigma envolve a contínua reconstrução de significados a respeito de si, do outro e do mundo, bem como sobre saúde, doença, qualidade de vida e autonomia. O olhar para a pessoa além da doença se torna um imperativo. O conhecimento da pessoa sobre si mesma, o adoecer e a saúde se tornam essenciais na reconstrução de sentidos em vista de uma vida saudável.

O estudo dos conceitos de saúde/doença mental junto com os indivíduos e grupos específicos possibilita uma compreensão mais específica e abrangente sobre os sentidos e significados que configuram os conceitos de saúde e doença mental, bem como do cuidado. Além disso, esses estudos permitem adequar os serviços de prevenção e intervenção as populações e enfermidades específicas.

O conhecimento profissional sobre saúde mental e doença mental é apenas parte do conhecimento, sendo a outra referente aos leigos, usuários dos serviços, os quais na maioria das vezes não são escutados e nem reconhecidos pelo sistema como atores sociais e agentes de mudanças na esfera da saúde. Estes são também responsáveis por sua saúde e doença, um coparticipante do processo de cuidado e tratamento. Dar visibilidade a estes atores sociais, que por vezes ficam a margem do sistema, é possível através de estudos que objetivam conhecer a visão ou a percepção destes acerca de um dado fenômeno investigado. Nesse artigo, buscou-se apresentar os estudos no contexto brasileiro acerca do conceito de saúde mental e doença mental, dando visibilidade as pesquisas quantitativas e mais especificamente aos estudos realizados com o instrumento *AMHC*, o qual focaliza a perspectiva de adolescentes sobre a visão de saúde e doença mental.

Frente à revisão narrativa realizada, identifica-se a necessidade de incrementar pesquisas sobre o tema principalmente quando se considera os usuários adolescentes. A falta de estudos com essa população, a qual é extremamente necessitada de cuidados, revela uma lacuna na oitiva a esses usuários dos serviços de saúde mental, sendo importante oportunizar o protagonismo juvenil deste na formação dos cuidados em saúde. As pesquisas encontradas com essa população foram as que usaram o instrumento *AMHC*, a ser validado no Brasil. Esse grupo etário apresenta risco e vulnerabilidade preocupante devido aos problemas pertinentes ao uso abusivo de drogas, a depressão, a ansiedade, além de tantos outros problemas que repercutem na saúde mental dos jovens.

A identificação de instrumentos quantitativos que investigam os conceitos de saúde e doença mental e dos serviços traz benefício para o âmbito acadêmico. Os instrumentos *EMO* e *AMHC*, que estão sendo utilizados no Brasil, são ferramentas interessantes para serem mais amplamente utilizadas em pesquisas. Os outros instrumentos, *ICDM*, *OMIS* e *QCDM*, ainda

não foram utilizados no Brasil, contudo, se mostra a viabilidade de serem inseridos nesse contexto uma vez que eles vêm sendo utilizados em Portugal na área da enfermagem.

Os estudos iniciais realizados com o instrumento *AMHC*, mostram dados importantes acerca da visão de saúde e doença dos adolescentes e seus familiares, indicando como estes caracterizam esses dois conceitos em análise, além de apresentar a configuração das estratégias de *coping* e as barreiras de acesso aos serviços em saúde. O temor do estigma e preconceito foi marcadamente identificado nos estudos, além do desconhecimento acerca do papel dos profissionais na saúde mental.

Avanços na compreensão da saúde e doença mental serão possíveis a partir de futuras pesquisas que se utilizem desses recursos disponíveis, visando à promoção de uma melhor assistência em saúde mental a partir do reconhecimento das perspectivas das distintas populações acerca da saúde e doença mental. Como corolário deste reconhecimento, torna-se possível agir de modo mais adequado em ações de prevenção e promoção da saúde mental.

### Referências

- Almeida Filho, N.; Coelho, M.T.A.D.; Peres, M.F.T. (1999). O conceito de saúde mental. *Revista USP*, 43, 100-125.
- Amparo, D. M., Fukuda, C. C., Moraes, C. A., Antunes, C., Penso, M. A., Brasil, K., & Wolff, L. (2010). *Serviços de saúde pública: concepções de saúde mental e percepções do serviço na perspectiva de jovens e seus familiares* Brasília, DF: Universidade Católica de Brasília/ Universidade de Brasília.
- Aquino-Moraes, C. (2008). *Saúde, doença mental e serviços de saúde na visão de adolescentes e seus cuidadores*. Dissertação de mestrado não-publicada, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS.
- Arouca, S. (2003). *O dilema preventivista*. São Paulo: UNESP.

- Boorse, C. (1977). Health as a Theoretical Concept. *Philosophy of Science*, 44 (4);542-573.
- Boruchovitch, E. & Mednick, B. R. (2002). The meaning of health and illness: Some considerations for health psychology. *Psico-USF*, 7(2), 175-183.
- Brickman, P., Rabinowitz, V. C., Coates, D., Cohn, E., & Kidder, L. (1982). Models of helping and coping. *American Psychologist*, 37, 364–384.
- Camargo Jr, K. R. (2003). *Biomedicina, saber e ciência: uma abordagem crítica*. São Paulo: Hucitec.
- Carreteiro, T. C. (2003). Sofrimentos sociais em debate. *Psicologia USP*, 14 (3), 57-72.
- Cohen, J. & Struening, E. L. (1963). Opinions about mental illness: mental hospital Occupational profiles and profile clusters. *Psychological Reports*, 12, 111-124.
- Czeresnia, D.; Maciel, M. G. S.; Oviedo, R. A. M. (2013). *Os sentidos da saúde e da doença*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Dreher, E. & Dreher, M. (1999). Konzepte von Krankheit und Gesundheit in Kindheit, Jugend und Alter. In Örtter Van Haagen & Röper Noam, R. (Hrsg.). *Klinische Entwicklungspsychologie*. Ein Lehrbuch. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196 (4286), 129-136.
- Engel, G. L. (1980) The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*, 137, 535-544.
- Faltermaier, T. (1998). Subjektive Konzepte und Theorien von Gesundheit: Begründung, Stand und Praxisrelevanz eines gesundheitswissenschaftlichen Forschungsfeldes. In U. Flick (Hrsg.), *Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit*, pp. 70-86. Weinheim: Juventa.

- Farmer, P. (1997). On suffering and structural violence: a view from bellow. In: Kleinman, A.; Das, V.; Lock, M. *Social suffering*, pp. 261-283. Berkeley: University of California Press.
- Flick, U. (1998). Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. Überblick und Einleitung. In Uwe Flick (Hrsg.). *Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit*. München: Juventa Verlag.
- Gianella, D. (2008). *Santé Publique Et Culture Familiale De La Santé Mentale: Favoriser L'accès Des Adolescents Aux Soins De Santé Mentale En Suisse*. Tese de doutoramento. Faculté des Lettres de l'Université de Fribourg.
- Gonçalves, M. & De Oliveira Kappler, C. (2010). The Access to Mental health Care in Children: Portuguese speaking families living in a multicultural context in Europe. *Interamerican Journal of Psychology*, 44 (3), 411-420.
- Gonçalves, M. (2009). *Der Zugang von Migrantenkindern zur psychischen Gesundheitsversorgung. Eine Untersuchung mit portugiesisch-sprachigen Familien im multikulturellen Umfeld der Schweiz*. Hamburg, Germany: Verlag Dr. Kovac.
- Good, B. J. (1994). *Medicine, rationality and experience*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Hays, R. D., & Stewart, A. L. (1990). The structure of self-reported health in chronic disease patients. *Psychological Assessment*, 2, 22-30.
- Helman, C. G. (2009). *Cultura, saúde e doença*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Herzlich, C. (1973). *Health and illness: A social psychological analysis*. Oxford, England: Academic Press.
- Horowitz, M. (2001). Self observation and subjective self-experiences. In. J.C Muran, (Ed.). *Self Relations in the Psychotherapy Process*. Washington D.C. APA Books.

- Käppler, C. (2004). *Access to mental health care in children (the AMHC-Study): concepts of mental health and perception of services from the perspective of children, adolescents and their families* (405240-103375 ). Zürich: Zentrum für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Zürich. Retrieved from [http://www.nfp52.ch/e\\_dieprojekte.cfm?Projects.Command=details&get=30](http://www.nfp52.ch/e_dieprojekte.cfm?Projects.Command=details&get=30).
- Käppler, C., & Mohler, B. (2006). Mental health and access to public services: The views of children, young people and their families. In Perrig-Chiello, P; Suter, C. (editors). *Childhood, youth and intergenerational relationships in a changing society: portrait of the National Research Programme NRP 52*. Swiss National Science Foundation, pp.68-69, 2006. Retrieved from [http://www.nfp52.ch/files/download/Portrait\\_NFP52.pdf](http://www.nfp52.ch/files/download/Portrait_NFP52.pdf).
- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry*. Berkeley: University of California Press.
- Lauber, C., Nordt, C., Falcato, L. & Roessler, W. (2001). Lay recommendations on how to treat mental health disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36 (11), 553-556.
- Leventhal, H. & Nerenz, D. (1985). Assessment of illness cognition. In. P. Karoly (Ed.), *Measurement Strategies in Health*, pp. 517-554. New York, Wiley.
- Loureiro, L. M. Dias, C. A. & Aragão, R. O. (2008). Crenças e atitudes acerca das doenças e dos doentes mentais. Contributo para o estudo das representações sociais da loucura. *Revista Referencia II*, 8, 33-44.
- Loureiro, L.; Dias, A. & Ferreira, P. (2006) – ICDM – Um inventário de crenças acerca da doença mental. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 14, 36-44.

- Minayo, M. C. S. & Souza, H. O. (1989). Na dor do corpo, o grito da vida. In N. R. Costa, C. L. Ramos, M. C. S. Minayo & E. N. Stoz (Eds.), *Demandas populares, políticas públicas e saúde*, pp. 76-101. Petrópolis: Vozes.
- Minayo, M. C. S. (1998). *O desafio do conhecimento – Pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec/Abrasco.
- Moleiro, C. & Gonçalves, M. (2010). Saúde na Diversidade: Desenvolvimento de serviços de saúde mental sensíveis à cultura. *Análise Psicológica*, 28 (3), 505-515.
- Ogden, J. (1996). *Health Psychology: A textbook*. McGraw-Hill Education.
- Oliveira, S. (2005) - *A loucura no outro: um contributo para o estudo do impacto da loucura no profissional de saúde mental*. FPCEUC. Tese de doutoramento não publicada. Coimbra.
- Osinaga, V. L. M. (1999). Conceitos de saúde e doença mental: segundo portadores, familiares e profissionais. [Dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.
- Osinaga, V. L. M., & Furegato, A.R.F. (2003). Opinião de estudantes de enfermagem sobre a doença mental e a assistência nesta área. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 56(2), 143-146.
- Osinaga, V. L. M., Furegato, A. R. F., & Santos, J. L. F. (2005). Redução das questões de uma Escala de Medida de Opinião. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 57(6), 703-5.
- Rodrigues, S. M. S. (2011). *Perspectivas de adolescentes e cuidadores sobre saúde mental e serviços* (Dissertation). Universidade Federal do Pará, Belém. Recuperada de [http://www.ppgp.ufpa.br/dissert/Silvia\\_Maues.pdf](http://www.ppgp.ufpa.br/dissert/Silvia_Maues.pdf).
- Scliar, M. (2007). História do conceito de saúde. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 17(1), 29-41.

- Silva, M. B. C. & Sadigursky, D. (2008). Representações sociais sobre o cuidar do doente mental no domicílio. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61(4), 428-434.
- Young, A. (1982). The Anthropologies of illness and sickness. *Annual Review of Anthropology*, 11, 257-285.



## ARTIGO II

**Adaptação Transcultural do Instrumento *Access to Mental Health Care* (AMHC) para o contexto brasileiro: Acesso aos Cuidados em Saúde Mental (ACSM)**

**Resumo:** O presente artigo tem por objetivo apresentar o processo de adaptação transcultural do instrumento *Access to Mental Health Care*, construído no contexto suíço visando a investigar as concepções de saúde, doença mental e acessibilidade aos serviços. Os eixos de análise comparando a equivalência entre o instrumento original (AMHC) e o adaptado (ACSM) são apresentados em seis dimensões: equivalência conceitual, de item, semântica, operacional, de mensuração e funcional. Por fim, são apresentadas proposições de reestruturação do instrumento, forma de aplicação e análises estatísticas confirmatórias e comparativas com outros instrumentos.

**Palavras-chave:** Adaptação transcultural, validação, concepções de saúde e doença mental

**Abstract:** This paper aims to present the cultural adaptation process of *Access to Mental Health Care* instrument, built in the Swiss context. It aims to investigate the concepts of health, mental illness and access to service. The axes of analysis comparing the equivalence between the original instrument (AMHC) and adapted (ACSM) are presented in six dimensions: conceptual equivalence, item, semantic, operational, measurement and functional. Finally, It is presented proposals for restructuring the instrument, application form and confirmatory and comparative analysis with other instruments.

**Keywords:** Transcultural adaptation, validation, mental health and illness concepts

**Introdução**

Globalmente, os transtornos mentais, neurológicos e de uso de substâncias constituem 13% da carga global de doenças superando a doença cardiovascular e câncer. A depressão está entre as doenças mais incidentes, sendo alarmantes também problemas com álcool e uso

de drogas ilícitas (Collins, Patel, Joestl, March, Insel, Daar, et al., 2011). No Brasil, as doenças mentais são uma das principais causas de pensões por invalidez providas pelo governo gerando um ônus alto aos cofres públicos (Rombaldi, Silva, Gazalle, Azevedo, & Hallal, 2010).

De acordo com os dados do atlas mundial sobre saúde mental, a prevalência de transtornos mentais em crianças e adolescentes é de cerca de 10-20% na população mundial. Apesar de sua relevância, como uma das principais causas de incapacidade relacionada com a saúde nessa faixa etária e seus efeitos duradouros ao longo da vida, as necessidades de saúde mental de crianças e adolescentes são negligenciadas, especialmente em países de baixa e média renda (Kieling, Baker-Henningham, Belfer, Conti, Erten, Omigbodun, et al., 2011). No Brasil, estima-se que 10% a 20% das crianças e adolescentes sofram de transtornos mentais e 3% a 4% necessitem de tratamento intensivo (Brasil, 2005). Fleitlich e Goodman (2001) apontam a prevalência de transtornos mentais em 12,7% na faixa etária de 7 a 14 anos.

Na literatura psicológica e psiquiátrica, instrumentos têm sido desenvolvidos para rastrear condições de saúde e doença mental, dentre estes estão: 12 itens Questionário de Saúde Geral (QSG-12; Goldberg et al, 1997), Mental Continuum Short-Form (MHC-SF; Keyes, 2006) e Índice de Saúde Mental (MHI-5; McHorney & Ware, 1995; Damásio, Borsa, & Koller, 2014) principalmente para identificar depressão e ansiedade. Também é possível identificar na literatura instrumentos que avaliam a percepção de estigma e atitudes estigmatizantes, como a Escala de Estigma em Epilepsia (EEE, Fernandes, Salgado, Noronha, Sander & Li, 2007) e a *Opening Minds Scale for Health Care Providers* (OMS-HC, Kassam, Papish, Modgill, & Patten, 2012; Modgill et al., 2014).

A atenção à saúde mental, tanto de crianças e adolescentes quanto de outros grupos, ainda é carregada de preconceitos sociais que se estendem desde as próprias crianças e adolescentes até as próprias instituições de saúde. A falta de conhecimento da população em

geral e dos profissionais dos serviços sobre as especificidades que envolvem a atenção à saúde mental pode ser identificado como um dos fatores que contribui para o estigma relacionado ao adoecimento mental (Simões, Fernandes, & Aiello-Vaisberg, 2013). Instrumentos que avaliem a concepção de saúde e doença mental são escassos na literatura, sendo encontrada a Escala de Medida de Opinião (EMO, Osinaga, Furegato, & Santos, 2005), a Opinions About Mental Illness Scale (OMIS, Oliveira, 2005), o questionário de causas da doença mental (QCDM, Loureiro, Dias & Aragão, 2008). O instrumento AMHC propõe conhecer essas concepções bem como outros constructos que se relacionam com a saúde mental, dentre estes: origem das ideias sobre saúde mental, estratégias de *coping*, rede de apoio, barreiras de acesso aos serviços e percepção do tratamento.

Adaptar um instrumento traz vantagens perante os desafios de elaborar um novo instrumento, como o tempo e os gastos (Reichenheim & Moraes, 2007). Ao adaptar, os pesquisadores são capazes de comparar dados em diferentes amostras, de diversos contextos, o que propicia maior equidade na avaliação, ou seja uso da mesma medida, que avalia o construto a partir de uma mesma perspectiva teórica e metodológica. A utilização de instrumentos adaptados permite a investigação de diferenças entre uma crescente população, considerando a sua heterogeneidade, comparando características de indivíduos inseridos em diferentes contextos culturais (Hambleton, 2005; Vivas, 1999).

Quatro perspectivas tendem a reger os programas de investigação de Adaptação Transcultural (ATC): 1. Ingênua: que se baseia apenas no processo de tradução simples e informal do instrumento original; 2. Relativista: afirma a impossibilidade do uso de instrumentos padronizados em diferentes culturas e propõe que somente aqueles concebidos no local devam ser utilizados; 3. Absolutista: assume que a cultura tem um impacto mínimo nos construtos a serem mensurados e que estes são invariantes em diferentes contextos; e 4. Universalista: não assume *a priori* que os construtos são os mesmos em diferentes culturas.

Nesta última perspectiva, é necessário primeiro investigar se um conceito efetivamente existe ou se é interpretado similarmente na nova cultura, para depois se estabelecer sua equivalência transcultural por meio de metodologia própria (Herdman, Fox-Rushby, & Badia, 1997).

Assumindo a postura universalista, apresenta-se um modelo de avaliação do processo de ATC, que abrange a apreciação de equivalências entre o instrumento *Access to Mental Health Care* - AMHC e Acesso aos Cuidados em Saúde Mental - ACSM, denominação do instrumento adaptado para o Brasil. A seguir será apresentado os passos seqüenciados da ATC em seis dimensões: equivalência conceitual, de item, semântica, operacional, de mensuração e funcional. O objetivo da adaptação transcultural é iniciar o processo de validação do instrumento para a realidade brasileira.

## **Método**

### **Participantes**

A amostra foi composta por 482 jovens (69,5%) e por 212 cuidadores (30,6%, 156 mães e 56 pais). Os respondentes jovens cursavam entre a quarta série do ensino fundamental ao terceiro ano do ensino médio. A amostra compreendeu 53,5% do sexo feminino e 43,2% do masculino. Os estados participantes foram: Brasília (34,1%), Porto Alegre (41,6%), Belém (16,3%) e Fortaleza (7,9%). Os grupos de coleta ocorreram em escola pública (233), particular (296), rede pública de saúde (132) e rede particular (22). A idade dos jovens variou de 12 a 19 anos. ( $M= 15,31$ ,  $DP= 1,69$ ).

## Instrumento

O questionário *AMHC* foi construído por uma equipe de pesquisadores na Suíça<sup>2</sup> a partir dos dados coletados em entrevistas e grupos focais. A realização dessa pesquisa seguiu uma perspectiva heurística, na qual a análise qualitativa serviu para explorar o campo e formular hipóteses que embasassem a pesquisa quantitativa com a construção do instrumento *AMHC* (Käppler, 2004; Gianella, 2008; Käppler & Möhler, 2006, Gonçalves, 2009). A Tabela 1 apresenta a estrutura do instrumento *AMHC* e as seções, itens, pontuação do tipo de resposta do tipo *Likert* e conteúdos analisados para cada seção do questionário autoaplicável.

Tabela 1: Itens do Questionário Access to Mental Health Care

Parte	Seção	Itens	Escala	Pontuação	Conteúdo
1	A	1-17	Não concordo a concordo totalmente	1 a 4	Visão de saúde mental
	B	18-35			Visão de doença mental
	C	36-43			Origem da visão de saúde e doença mental
	D	44-46			Religião
1	E	47-62	Nunca a sempre	1 a 4	Estratégias de <i>Coping</i>
	F	63-76			Rede de apoio
1	G	77-93	Não concordo a concordo totalmente	1 a 4	Barreiras no acesso ao serviço (crenças)
1	H	94-96	Questões abertas		História da saúde mental
1	H	97-103	Não concordo a concordo totalmente	1 a 4	Percepção do tratamento em saúde mental
		104-111			Busca de Ajuda

Os itens tratam dos conceitos de saúde mental, doença mental, estratégias de ação, barreiras aos serviços, a assistência na procura, bem como a experiência com o sistema de

<sup>2</sup> Equipe: Prof. Dr. Christoph Käppler, Dr. M.P.H. Beat Mohler †, Post Doc Dr. Meichun Mohler-Kuo, Dr. Marta Gonçalves, Dr. Daria Gianella, Stefanie Höfler, Aristide Peng, Sabine Zehnder, Barbara Anastasi, Susanne Inglin, Daniela Nussbaumer, Marcela Borges, Margarida Pacheco; Parceiros: Prof. Dr. Pierre-André Michaud (Universidade de Lausanne), Dr. Patrick Haemmerle (Serviço de Psiquiatria Infantil e Juvenil de Fribourg).

saúde mental. A versão brasileira do instrumento foi denominada de Acesso aos Cuidados em Saúde Mental (ACSM). O projeto de pesquisa “Concepções de saúde e doença mental em jovens e cuidadores” foi implementado no Brasil por uma equipe<sup>3</sup> multicêntrica composta por professores pesquisadores e discentes de quatro cidades brasileiras, Porto Alegre, Brasília, Fortaleza e Belém, e teve apoio do CNPq. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Brasília (CEP, Ofício/UCB 86/2006).

### **Coleta de Dados**

Para realizar a coleta de dados no Brasil, foram utilizados procedimentos diferentes nos contextos escolares e clínicos (serviços de saúde). Nas escolas, a seleção foi realizada pelos critérios de: a) localização em região com alto Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) para escola particular e de baixo IDH para escola pública (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, 2010); e b) acessibilidade dos pesquisadores para coletar os dados.

A inserção dos pesquisadores nas escolas foi realizada após apresentação do projeto de pesquisa e anuência dessas frente ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido da Instituição (TCLE). Depois foram sorteadas de uma a duas salas, onde foi feita aplicação coletiva do questionário com os adolescentes. O termo de consentimento foi assinado pelos adolescentes, considerando o protagonismo juvenil destes, bem como encaminhado aos cuidadores para dar anuência acerca de sua própria participação e do seu filho(a).

Nos serviços de saúde (rede pública e particular), inicialmente foram convocados os cuidadores, explicada a pesquisa e obtida sua anuência e aplicação do instrumento. Posteriormente, aplicou-se o questionário de forma individual aos jovens que estavam em atendimento e que concordaram em participar do estudo.

---

<sup>3</sup> Equipe multicêntrica: coordenação de Brasília, Profa. Dra. Deise Matos do Amparo; Fortaleza, Profa. Dra Júlia Bucher-Malusckhe; Porto Alegre, Profa. Dra Silvia Helena Koller e em Belém, Prof. Dr. Janari Pedroso.

## Análise dos dados

O processo de ATC tomado como modelo de análise é uma proposta procedimental complexa e tem como premissa que os construtos em estudo não são *a priori* os mesmos entre culturas (Herdman, Fox-Rushby, & Badia, 1998). Os eixos de análise comparando a equivalência entre o instrumento original (AMHC) e o adaptado (ACSM) são apresentados em seis dimensões: equivalência conceitual, de item, semântica, operacional, de mensuração e funcional (Reichenheim & Moraes, 2007).

## Resultados

### Adaptação Transcultural do instrumento *Access to Mental Health Care* para a versão brasileira Acesso aos Cuidados em Saúde Mental – ACSM

A ATC do instrumento ACSM foi realizada considerando a proposta recomendada por Reichenheim e Moraes (2007). As Tabelas 2, 3 e 4 apresentam uma comparação das principais etapas da avaliação da equivalência transcultural do instrumento ACSM. As etapas para avaliação da equivalência conceitual e de itens estão informadas na Tabela 2.

Tabela 2: Etapas para avaliação da equivalência conceitual e de itens do instrumento ACSM

Equivalência	Estratégia de avaliação	Executado no AMHC
Conceitual	Revisão bibliográfica de publicações da cultura do instrumento original e da população-alvo	Leitura do Relatório AMHC. Levantamento bibliográfico sobre saúde e doença, serviços de atendimento, epidemiologia da saúde mental de adolescentes, cultura e crenças em saúde
	Discussão especialistas	Discussão com grupo de pesquisa acerca das definições dos conceitos de saúde e doença mental
	Discussão população-alvo	Etapa não realizada neste momento
Itens	Discussão especialistas	Discussões com três profissionais da psicologia
	Discussão população-alvo	Etapa não realizada neste momento

### ***Equivalência conceitual, de itens e semântica***

Na avaliação da equivalência conceitual, inicialmente foi realizada uma revisão bibliográfica da cultura original do instrumento por meio da leitura do relatório AMHC, no qual eram problematizadas questões de pesquisa, fundamentações teóricas do estudo, constructos referentes às crenças em saúde e doença e desafios na acessibilidade aos serviços. Concomitante, se realizou também o levantamento bibliográfico do contexto brasileiro sobre o tema saúde e doença (Boruchovitch & Mednick, 2002; Morais, 2005); serviços de atendimento (IBGE, 2005; Delgado et al., 2007; Muza & Costa, 2002); epidemiologia da saúde mental de adolescentes (Benvegnú, Fassa, Facchini, Wegman, & Dall'Agnol, 2005; Belfer, 2008; Fatori de Sá, Bordin, Martin, & Paula, 2010; Vitolo, Fleitlich-Bilyk, Goodman, & Bordin, 2005); cultura (Helman, 2009; Herzlich, 1991; Hofstede, 2001; Scliar, 2007); e crenças em saúde (Dreher & Dreher, 1999; Faltermaier, 1994; Flick, 1998, Hays & Stewart, 1990; Lau, 1995; Kleinman, 1980; Leventhal, & Nerenz, 1985; Ogden, 1996). Pretendeu-se explorar as diferentes perspectivas do construto saúde e doença, os fatores e as dimensões que se interrelacionam com o tema e avaliar se a equivalência do construto saúde e doença na cultura original eram compatíveis com a cultura alvo.

A discussão com doze especialistas das regiões Sul, Centro-oeste e Nordeste teve a finalidade de examinar se os diferentes domínios – país, região, local, população, cultura, construto - abarcados pelo instrumento original seriam relevantes e pertinentes ao contexto brasileiro. Discutiu-se acerca: a) do multiculturalismo no Brasil e na Suíça, apesar das dimensões territoriais terem diferenças abissais; b) da política e estrutura dos serviços em saúde nesses países e suas características distintas c) das barreiras que dificultam o acesso aos serviços apresentadas no instrumento original e sua correspondência com os encontrados na literatura sobre a realidade brasileira.



Em seguida, foi avaliado cada item do instrumento, a fim de identificar a pertinência dos itens para a captação de cada construto. A equivalência conceitual e de item foram realizadas através da discussão com um grupo de *experts*, psicólogos e educadores, com experiência na área de desenvolvimento infanto-juvenil e da saúde. A discussão abordou os seguintes aspectos: verificação de itens que não tivessem a mesma conotação do termo original e na população alvo; adequação conceitual e de diagnóstico em ambas as culturas; capacidade dos itens em representar o domínio abarcado pelo instrumento; e adequação conceitual em relação ao perfil socioeconômico e de faixa etária da população alvo. Nenhum item foi excluído da escala original, já que, a partir de uma revisão bibliográfica sobre o tema, os especialistas concluíram que os conceitos subjacentes utilizados para avaliar saúde, doença, estratégias de ajuda, rede de apoio e barreiras aos serviços eram pertinente à cultura brasileira. Foram também aceitos os critérios citados como pontos de discussão pelos especialistas. A Tabela 3 apresenta o processo de avaliação da primeira parte da ATC.

**Tabela 3: Etapas para avaliação da equivalência semântica do instrumento ACSM**

Equivalência	Estratégia de avaliação	Executado no AMHC
Semântica	Traduções	Tradução do português lusitano para o brasileiro em grupo por especialistas sobre o tema
	Retraduções	Esta etapa não foi realizada porque o instrumento original estava em português lusitano
	Equivalência semântica	Realizada entre a tradução e o original lusitano
	Discussão população-alvo	Realizada observações e parafraseio de itens
	Discussão com especialistas para ajustes finais	Realizada discussão com especialistas de três estados brasileiros (CE, RS, DF) para ajustes da equivalência semântica. Finaliza considerando a estrutura lingüística das três regiões. Membros da equipe responderam o questionário observando a tradução e equivalência semântica dos termos para ajustes finais
	Pré-teste da versão	1º. Piloto com adolescentes de 10 a 15 anos e familiares 2º. Piloto com adolescentes de 12 a 17 anos e familiares

Sendo assim, o constructo de saúde, doença, estratégias de ajuda, rede de apoio e barreiras aos serviços avaliados no instrumento foram considerados pertinentes e equivalentes em ambas as culturas. A avaliação da equivalência semântica refere-se à capacidade de transferência de sentido dos conceitos contidos no instrumento original para a versão, propiciando um efeito nos respondentes semelhante nas duas culturas. No Brasil, foi utilizada a versão lusitana dos questionários originais. Estes passaram por uma tradução ao português brasileiro e por um processo de validação semântica em três cidades de diferentes regiões brasileiras - Fortaleza, Brasília e Porto Alegre. Professores, junto com estudantes de cada região, fizeram um trabalho de validação semântica.

Inicialmente, realizou-se a tradução do instrumento original na versão lusitana para o português brasileiro, idioma-alvo. Devido à semelhança dos idiomas, os principais ajustes na fase de tradução foram referentes à escrita, o tempo verbal e termos que não eram usuais na realidade brasileira. Foram construídas duas versões, que posteriormente foram comparadas com o original ao serem retraduzidas por brasileiros. Na sequência, outro *expert* brasileiro avaliou formalmente a equivalência entre as retraduições e o instrumento original. Foram comparadas as diferentes traduções e avaliada as suas discrepâncias semânticas, idiomáticas, conceituais, linguísticas e contextuais, com o objetivo de se chegar a uma versão única. A avaliação das diferentes traduções do instrumento foi feita para cada item. Os *experts* (juízes) avaliaram a equivalência entre as versões traduzidas e o instrumento original em quatro diferentes áreas (1) semântica; (2) idiomática; (3) experiencial; e (4) conceitual.

Os significados linguísticos foram apreciados. O primeiro foi concernente à perspectiva do significado denotativo dos termos constituintes, presume-se que existe uma correspondência literal entre original e versão adaptada. O segundo aspecto linguístico analisado foi o significado conotativo de cada item do instrumento. Essa correspondência transcende a literalidade das palavras, aspectos mais sutis foram considerados, como o

impacto que um termo tem no contexto cultural da população-alvo. No instrumento, foram modificados os termos psiquicamente para emocionalmente, pois considerando a perspectiva semântica, o termo emocional foi mais pertinente para a compreensão da população brasileira, e ao valorizar as emoções permite uma compreensão mais abrangente da visão de saúde e doença mental, não se restringindo ao caráter mental. Além disso, o termo psiquicamente não é muito conhecido na população de baixa renda.

Outra palavra modificada foi “psique”, que no contexto do item original tinha a ideia de contraposição entre corpo e mente, desta forma foi alterado o termo para “cabeça”, palavra mais comum e que garantia a ideia de corpo-mente. Essa mudança visa a alcançar uma correspondência de percepção e impacto no respondente.

Após essa construção do instrumento na versão brasileira, um grupo de especialistas de três estados brasileiros (CE, RS, DF) avaliou o instrumento para certificar os ajustes da equivalência semântica, conceitual e de itens. O questionário foi finalizado considerando a estrutura lingüística que abarcasse as três regiões. Deste modo, a escolha da versão a ser utilizada foi dada por consenso entre os *experts*. No segundo momento, o grupo de especialistas respondeu o questionário observando a tradução e equivalência semântica dos termos. Houve a discussão grupal para os ajustes finais antes do pré-teste. Ao final desta etapa, obteve-se uma única versão do instrumento, o qual foi composto por itens adaptados das versões-sínteses. O primeiro piloto da fase pré-teste da versão foi realizado com adolescentes de dez a 15 anos e seus cuidadores, a fim de avaliar aceitabilidade, compreensão e impacto emocional. Inicialmente, a aplicação foi feita com adolescentes de dez anos de idade. Contudo, ocorreram muitas limitações na compreensão das perguntas por parte de uma criança desta idade. Também foram avaliadas as mudanças dos termos psique e psiquicamente.

Após as modificações sugeridas no primeiro estudo-piloto, realizou-se um segundo para avaliar se o instrumento estava pronto em sua versão final. Novas aplicações foram realizadas com adolescentes de uma faixa etária maior entre 12 a 17 anos de escola pública e particular, constatando-se uma compreensão razoável dos itens do questionário. O mesmo procedimento foi realizado com os cuidadores, os de baixa escolaridade apresentaram novamente dificuldades na compreensão. A partir das evidências da aplicação, definiu-se que a população-alvo seria a partir de 12 anos, pois adolescentes mais novos tinham dificuldades de compreensão das questões. Em relação à aplicação com os familiares, também houve modificações na estratégia auto-aplicável da coleta dos dados em função da dificuldade de compreensão do questionário, sendo realizadas entrevistas individuais para responder ao questionário quando necessário. O baixo letramento, no entanto, é um fator que dificulta o entendimento do instrumento e, em consequência, pode comprometer as informações da coleta.

Com a aplicação dos estudos-piloto, foi possível fazer uma avaliação junto à população alvo e verificar se os itens, as instruções e a escala de resposta eram compreensíveis. Com isso, percebeu-se que as instruções do instrumento estavam claras, os termos presentes nos itens eram adequados e as expressões correspondiam àquelas utilizadas pelo grupo brasileiro.

### ***Equivalência operacional***

A equivalência operacional visa a manter as características operacionais do universo original, propiciando maior confiabilidade e validade ao instrumento. Com isso, foram mantidos os mesmo números de questões do instrumento original, sendo acrescentados itens apenas sobre características sociodemográficas como trabalho, tipo de relacionamento dos pais, condição financeira e cor. Foram mantidas como no original o formato auto-aplicável e a mesma proposta de categorização do original, questionário multidimensional de escala

*Likert*. Ao final, o instrumento ficou ilustrativo, o que proporcionou atratividade e um formato de caderno para fácil manuseio. As instruções foram apresentadas na capa acerca do preenchimento e identificação do questionário. A Tabela 4 indica as etapas realizadas para equivalência operacional do instrumento.

Tabela 4: Etapas para avaliação da equivalência operacional do instrumento ACSM

<b>Equivalência</b>	<b>Estratégia de avaliação</b>	<b>Executado no AMHC</b>
<b>Operacional</b>	Veículo e formato das questões e instruções	Questionário ilustrativo em formato de caderno para fácil manuseio. Instruções na capa acerca do preenchimento, identificação do questionário
	Cenário de administração	Com o pré-teste, definiu-se a faixa etária dos jovens acima de 12 anos, pois apresentam compreensão das questões e temática abordada. O local para contatar a população alvo foi escola e clínica
	Modo de aplicação	Aplicação dos jovens seria auto-informe e grupal, e dos cuidadores seria auto-informe individual ou em entrevista oral com pesquisador, devido ao baixo nível de letramento destes
	Modo de categorização	Manteve-se a mesma proposta de categorização do original, questionário multidimensional de escala tipo <i>likert</i>

A partir do pré-teste, definiu-se a faixa etária dos jovens acima de 12 anos, pois estes apresentam compreensão das questões e temática abordadas. O local para contatar a população alvo foi definido como sendo nos contextos da escola e nos contextos clínicos de atendimento. A aplicação dos adolescentes seria auto-informe e grupal na escola acompanhado por aplicadores treinados com tempo médio de 50-60 minutos por turma. Dos cuidadores, seria auto-informe individual, formato usado principalmente para os cuidadores das escolas particulares, ou em entrevista oral com pesquisador que auxiliaria na leitura dos itens quando necessário, devido ao baixo nível de letramento destes. Foi realizado um treinamento dos aplicadores anterior à coleta de dados.

## Equivalência de mensuração

Foi proposto realizar análises fatoriais exploratória (AFE), a fim de identificar a estrutura de fatores latentes e aspectos da validade de construto. Também, avaliaram-se as medidas de confiabilidade, consistência interna por meio do *alfa de Cronbach*. Consideraram-se como sujeitos válidos para compor esta AFE, aqueles em que as informações no banco de dados estavam presentes em todas as variáveis.

Esperou-se que os fatores gerados (variáveis latentes) fossem compatíveis com as seções pré-definidas do instrumento: a) Seção A - Concepção de saúde mental; b) Seção B - Concepção de doença mental; c) Seção C - Origem das ideias; d) Seção D – Religião; e) Seção E - Estratégias de *coping*; f) Seção F - Rede de apoio social e afetiva; g) Seção G - Barreiras no acesso aos serviços; h) Seção H - Percepção do tratamento e busca de ajuda. A seção D do questionário não foi analisada, pois compunha apenas três itens referentes à religião e sua contribuição para: a) saúde mental/emocional, b) formação de uma doença mental/emocional e c) cura de uma doença mental/emocional.

Foram realizadas análises descritivas de toda a base de dados, a fim de averiguar os pressupostos estatísticos para as análises subseqüentes. A estrutura fatorial foi confirmada em multigrupos, grupos de jovens e cuidadores e sexo entre adolescentes, através de AF para confirmar a validade de construto analisando uma estrutura fatorial estável. Utilizou-se a Teoria de Resposta ao Item (TRI) para analisar os itens que apresentavam comportamento diferencial nos grupos por meio da análise do DIF (Função diferencial do item). A análise convergente e divergente foi realizada considerando a inserção dos 97 itens que avaliam diferentes construtos, conforme as seções do instrumento. Esperou-se que construtos similares tivessem itens de seções diferentes convergindo para compor um fator, configurando a análise convergente. E que itens de construtos distintos agrupassem fator(es)

específico(s). Na Tabela 5, encontram-se indicadas as etapas para avaliação de mensuração e avaliação funcional do instrumento.

Tabela 5: Etapas da equivalência de mensuração e funcional do instrumento ACSM

Equivalência	Estratégia de avaliação	Executado no AMHC
<b>Mensuração</b>	Validade dimensional	Análise Fatorial Exploratória
	Adequação de itens	
	Confiabilidade	Consistência interna - $\alpha$ de Cronbach
	Validade de construto e validade de critério	Teoria de Resposta ao Item
		Análise Multigrupos
<b>Funcional</b>		Análise Convergente e Divergente
	Equivalências identificadas	Executada pela equivalência nas etapas anteriores

### Análise Fatorial Exploratória

A fatorabilidade da escala foi verificada por meio do teste de adequação da amostra e o número de fatores foi avaliado por meio da Análise Paralela (PA) proposta por Horn (1964). Em seguida, foi realizada a análise fatorial exploratória (AFE, *Principal Axis Factoring*, PAF) e o *alfa de Cronbach*.

Os critérios utilizados para determinar o número de fatores foram: 1. Análise paralela<sup>4</sup> de Horn (autovalores da matriz empírica superam os autovalores da matriz aleatória; Dino, 2009); 2. Critério de Kaiser (o número máximo de fatores extraídos deve possuir autovalores maiores do que um); 3. critério de Harman (todo fator deve explicar pelo menos 3% da variância total da escala; 1967 citado por Pasquali, 2004), e da inspeção visual do *Scree plot*.

A Análise Paralela sugeriu a extração de até 13 fatores. Conforme o critério de Kaiser, seriam 25 fatores e segundo o critério de Harman, o número de fatores seria cinco. Os fatores foram extraídos pelo método de Fatorização em Eixos Principais com rotação oblíqua. O

<sup>4</sup> Para rodar a Análise Paralela foi utilizado o pacote “paran”, disponível no *software* R v2.13.

método de rotação utilizado foi o “*Direct Oblimin*” com delta nulo. O percentual de explicação foi 32,1%, valor muito próximo do obtido pela rotação ortogonal (38,1%), o que demonstra que a variância compartilhada entre os fatores é fraca, conforme indicado na Tabela 6.

Tabela 6: Numero de fatores conforme Análise Paralela

Componente	Autovalor %	da Variância %	Acumulado	Autovalores aleatórios
1	10,46	10,78	10,78	1,84
2	6,34	6,53	17,32	1,78
3	4,61	4,75	22,07	1,74
4	3,93	4,05	26,13	1,71
5	2,87	2,96	29,09	1,67
6	2,62	2,70	31,80	1,65
7	2,28	2,35	34,16	1,62
8	1,92	1,98	36,15	1,59
9	1,87	1,93	38,09	1,57
10	1,68	1,74	39,83	1,55
11	1,59	1,64	41,47	1,52
12	1,54	1,58	43,06	1,50
13	1,50	1,55	44,61	1,48
14	1,46	1,51	46,12	1,46
15	1,39	1,43	47,56	1,44

A Análise Paralela sugeriu a extração de até 13 fatores. Entretanto, observou-se na AFE que em quatro fatores havia poucos itens compondo-os, de dois a cinco. A AFE dos dados permite uma estrutura de oito fatores, conforme o instrumento original.

Entretanto, ao comparar os resultados para a extração de oito e nove fatores no instrumento ACSM, observou-se que com nove fatores o percentual de explicação é maior, e o percentual de resíduos com valores absolutos maiores que 0,05 é menor com nove fatores, o que significa uma diminuição na parte da correlação entre as variáveis que não é explicada pelos fatores. Em ambas as possibilidades de extração de fatores, os itens agrupados para cada domínio (construto) coincidiu parcialmente entre a versão original e a em escrutínio.



A matriz residual mostrou que nove fatores deixam de explicar apenas 10,7% da covariância entre as 97 variáveis. Ao extrair-se 10 fatores, a covariância na matriz residual reduz apenas 1,3 pontos percentuais, o que não justifica o acréscimo de mais fatores. Portanto, o número de fatores escolhido foi nove. Os valores do critério de *Kaiser-Meyer-Olkin* encontrado ( $KMO=0,84$ ) indicam fatoriabilidade. Na Tabela 7, identifica-se os *alphas de Cronbach* para cada fator em diferentes possibilidades, inclusive o que compõe o formato original do instrumento, sete fatores (seções). Os valores de alfa de Cronbach acima de 0,6 indicam valores aceitáveis.

Tabela 7:  $\alpha$  de Cronbach em diferentes configurações de número de fatores

	Número de Fatores						
	13	12	11	10	9	8	7
<b>KMO</b>	0,84						
<b>RNR<sup>(1)</sup> (%)</b>	6,2	7,1	8,1	9,4	10,7	13,1	14,3
<b>SQCF<sup>(2)</sup> (%)</b>	36,4	35,4	34,4	33,3	32,1	30,7	29,4
<b>Fator 1</b>	<b>0,65</b>	<b>0,83</b>	<b>0,82</b>	<b>0,85</b>	<b>0,85</b>	<b>0,85</b>	<b>0,84</b>
<b>Fator 2</b>	<b>0,86</b>	<b>0,86</b>	<b>0,86</b>	<b>0,86</b>	<b>0,87</b>	<b>0,88</b>	<b>0,88</b>
<b>Fator 3</b>	<b>0,81</b>	<b>0,82</b>	<b>0,82</b>	<b>0,82</b>	<b>0,82</b>	<b>0,82</b>	<b>0,82</b>
<b>Fator 4</b>	<b>0,73</b>	<b>0,73</b>	<b>0,73</b>	<b>0,65</b>	<b>0,73</b>	<b>0,73</b>	<b>0,71</b>
<b>Fator 5</b>	<b>0,81</b>	<b>0,68</b>	<b>0,65</b>	0,52	<b>0,62</b>	0,55	0,53
<b>Fator 6</b>	<b>0,82</b>	<b>0,82</b>	<b>0,82</b>	<b>0,82</b>	<b>0,82</b>	<b>0,82</b>	<b>0,82</b>
<b>Fator 7</b>	<b>0,80</b>	<b>0,73</b>	<b>0,73</b>	<b>0,73</b>	0,59	<b>0,80</b>	0,59
<b>Fator 8</b>	<b>0,62</b>	<b>0,78</b>	<b>0,62</b>	0,54	0,46	0,39	-
<b>Fator 9</b>	<b>0,78</b>	0,53	0,49	0,49	<b>0,78</b>	-	-
<b>Fator 10</b>	<b>0,68</b>	<b>0,68</b>	0,78	<b>0,74</b>	-	-	-
<b>Fator 11</b>	0,46	0,38	- <sup>(3)</sup>	-	-	-	-
<b>Fator 12</b>	0,58	0,58	-	-	-	-	-
<b>Fator 13</b>	0,53	-	-	-	-	-	-

(1) Resíduos não-redundantes (valores absolutos acima de 0,05).

(2) Soma dos Quadrados das Cargas Fatoriais (percentual de explicação).

(3) Impossibilidade de cálculo do alfa de Cronbach com apenas 2 itens no fator.

Os critérios utilizados para a exclusão dos itens foram: a) Carga fatorial menor que 0,3, e b) caso não haja uma redução na medida do alfa de Cronbach com a exclusão do item. A Tabela 8 mostra os itens retirados. Percebe-se que sete itens da seção B, doença mental, apresentaram baixa carga fatorial. No questionário ACSM, as seções A, B, C, e G foram bem caracterizadas pelos fatores 6, 2, 4 e 3, respectivamente. As seções E, F e H mostram uma discordância com o original, pois os itens dessas seções se misturaram em diferentes fatores.

Tabela 8: Itens excluídos do questionário ACSM

	Descrição	Carga fatorial	$\alpha$ de Cronbach se item for excluído
<b>F1</b>			<b>0,84</b>
g86	Pensa que quando se trata de problemas mentais só a própria pessoa é que pode ajudar a si mesma	0,256	0,84
<b>F2</b>			<b>0,83</b>
g85*	Pensa que problemas mentais devem ser resolvidos na família	0,281	0,83
<b>F3</b>			<b>0,81</b>
a2	Não ser tão sensível	0,291	0,81
<b>F5</b>			<b>0,61</b>
h99	Não aceitou a terapia no início	<,25	0,62
a16	Eu sei o que é, mas é difícil explicar	<,25	0,61
<b>F6</b>			<b>0,82</b>
b30	Algo que não se percebe logo	-0,281	0,81
b23	Ser diferente dos outros	-0,276	0,81
b34	É difícil de definir	<,25	0,82
b31	Algo que deve ser levado a sério	<,25	0,82
<b>F7</b>			<b>0,65</b>
b33	Algo que se tem desde o nascimento	-0,301	0,65
b32	Algo que quase não pode ser curado	-0,276	0,66
h105	Minha mãe	<,25	0,68
<b>F8</b>			<b>0,46</b>
h104	Quem procurou ajuda profissional: EU	0,265	0,45
b29	Quando profissionais como psicólogos ou psiquiatras aconselham um tratamento	<,25	0,526

\*excluído na segunda iteração

A matriz de correlações dos nove fatores apresentou correlação alta apenas entre os fatores 6 e 2 ( $r=0.33$ ), que representam as seções A e B, e entre os fatores 1 e 9 ( $r= 0.36$ ), que representam itens das seções E F e H, naquele fator, e neste, os itens das seções F e H,

conforme apresentado na Tabela 9. A correlação entre esses fatores indica a existência de um fator de segunda ordem.

Tomando-se o critério de Harman (todo fator deve explicar pelo menos 3% da variância total da escala) e a inspeção visual do *Scree plot*, refez-se a AF considerando cinco fatores e usando a rotação ortogonal a fim de caracterizar a independência dos fatores. Nesta configuração ficaram evidentes os fatores de segunda ordem para F2 e F6 que compuseram um mesmo fator, “Concepção Geral sobre Saúde e Doença mental/emocional”, e outro para F1 e F9, “Busca de Ajuda Geral”.

Tabela 9: Matriz de Correlação entre os fatores gerados

Fator	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	1.00	0.04	0.14	0.08	0.04	0.12	0.16	-0.13	<b>-0.36</b>
2		1.00	0.21	0.18	0.11	<b>0.33</b>	0.21	0.12	-0.04
3			1.00	0.13	0.21	0.12	0.16	-0.02	-0.01
4				1.00	0.07	0.09	0.18	0.16	-0.15
5					1.00	-0.01	-0.03	-0.03	0.05
6						1.00	0.13	-0.01	-0.11
7							1.00	0.08	-0.15
8								1.00	-0.02
9									1.00

Método Extração : Principal Axis Factoring.

Método Rotação : Oblimin with Kaiser Normalization.

Optou-se por manter a estrutura de nove fatores inicialmente testada, pois os constructos em análise se comportaram de modo mais adequado e coerente com o que estabelece as teorias pertinentes. Sendo assim, os eixos de análise do questionário ACSM foram estruturados em nove fatores, conforme Tabela 10:

Tabela 10: Fatores ordenados e composição de itens do questionário ACSM

Fator	Número de itens	Itens componentes	Nome do Fator	$\alpha$ de Cronbach do Fator
1	14	f72 f75 f71 f74 e55 f73 f69 e57 f70 e54 h108 h110 e56 h109	Busca de Ajuda	0,85
2	10	b19 b20 b18 b22 b21 b25 b28 b27 b24 b26	Concepção de doença mental	0,87
3	14	g81 g82 g80 g79 g78 g77 g83 g88 g91 g92 g89 g84 g90 h102	Barreiras de acesso aos serviços em saúde mental	0,82
4	7	c40 c36 c39 c38 c37 c41 c42	Origem das ideias sobre saúde e doença mental	0,73
5	8	e59 e60 e49 e52 g87 e50 e61 e58	Enfrentamento focalizado na emoção	0,62
6	14	a11 a12 a13 a9 a14 a4 a3 a5 a1 a8 a10 a7 a6 a15 h100 h98 h97 h101	Concepção de saúde mental	0,82
7	4		Percepção do tratamento em saúde mental	0,59
8	5	e48 f68 e51 e53 e47	Enfrentamento focalizado no problema	0,46
9	7	f64 f67 f66 f65 f63 h106 h107	Rede de Apoio Familiar	0,78

### Análise Multigrupos

A evidência de validade de constructo se deu também pela comparação entre os grupos de jovens e cuidadores e sexo dos adolescentes. Foi realizada AFE comparando os grupos. O método utilizado foi fatorização em eixos principais com rotação *oblimin* com parâmetro delta nulo. O KMO para jovens foi 0,79 e cuidadores 0,71. De acordo com a análise residual (percentual de correlações residuais maiores do que 0,05), a AF deixa de explicar 14% das informações dos jovens e 27% dos cuidadores.

A análise das cargas fatoriais nos dois grupos mostra que, com exceção dos itens da seção E, os demais itens apresentaram um mesmo padrão de agrupamento nos traços latentes, o que demonstra que o questionário é robusto para analisar esses grupos e apresenta invariância da estrutura. Em outras palavras, ao analisar-se esses grupos separadamente, estar-se-á medindo os mesmos traços latentes e pode-se, dessa maneira, compará-los entre si. A seção F se dividiu em dois fatores no grupo de jovens, o que não aconteceu com o grupo de cuidadores.

A análise das correlações entre os fatores para o grupo de jovens mostra a existência de correlações entre F1/F8 ( $r=0,27$ , busca de ajuda e rede de Apoio Familiar), e F2/ F7 ( $r=0,29$ , concepção de doença mental e concepção de saúde mental). Para o grupo de cuidadores, a correlação foi entre F1/F3 ( $r=-0,31$ , concepção de doença mental e concepção de saúde mental) e F1/F7 ( $r=0,30$ , concepção de doença mental e barreiras de acesso aos serviços).

Além da AF, foi realizada regressão logística e teoria de resposta ao item com simulações de Monte Carlo para encontrar os *thresholds* que definiram o DIF<sup>5</sup>. O objetivo também foi verificar se o padrão de respostas entre os grupos são equivalentes, para que seja possível uma comparação entre esses grupos de estudo. O nível de significância<sup>6</sup> utilizado foi 0,01. Os itens cujo padrão de resposta foi bastante diferente entre os grupos foram: **Fator 1**, f72, e54, h109; **Fator 2**, g79, g91, g84; **Fator 3**, a3, a15; **Fator 5**, e59, e52, e50; **Fator 8**, e48, f68, e53 e **Fator 9**, h106. Apenas os fatores F4, F6 e F7 não apresentaram itens que diferem entre os grupos. Os itens que apresentaram DIF não apresentam o mesmo comportamento nos diferentes grupos, não sendo indicado fazer comparações nestes itens.

Também foi averiguada evidências de validade de constructo comparando grupos por sexos. Realizou-se AFE sendo o método a fatorização em eixos principais com rotação oblimin com parâmetro delta nulo. O KMO para sexo masculino foi 0,748 e feminino 0,803. A AF deixa de explicar 21% das informações dos participantes do sexo masculino e 15% do sexo feminino.

A análise das cargas fatoriais nos dois grupos de análise mostra que com exceção dos itens da seção E e H, os demais itens apresentaram um mesmo padrão de agrupamento nos traços latentes, tanto no grupo feminino, quanto no grupo masculino.

---

<sup>5</sup> Foi usado pacote lordif do *software* R

<sup>6</sup> Quanto menor o nível de significância maior terá que ser a diferença entre a Curva Característica do Item (CCI) entre os grupos para que seja detectado o DIF, e quanto maior for o NS, menor a diferença da CCI entre os grupos para que seja detectado o DIF.

A análise das correlações entre os fatores por sexo mostrou a existência de correlações entre F1/F9 ( $r = -0,29$ , Busca de ajuda e rede de apoio familiar) e F2/F7 ( $r = 0,36$ , concepção de doença mental e concepção de saúde mental) para o sexo feminino. Para o masculino, a correlação foi entre F1/F9 ( $r = 0,32$ , Busca de ajuda e rede de apoio familiar).

Os itens cujo padrão de resposta foi diferente (DIF) entre os sexos foram: **Fator 2**, g83, **Fator 3**, a9 e **Fator 8**, f68. Os fatores F1, F4, F5, F6, F7 e F9 não apresentaram itens que diferem entre os grupos.

### **Equivalência funcional**

O questionário mostra adequação na equivalência funcional, constatada através da observância de todas as etapas anteriores do processo de ATC, indicando adequação das equivalências entre a versão original (AMHC) e a proposta brasileira (ACSM). Alguns aspectos são salientados para a melhor utilização do instrumento. A faixa etária e letramento da amostra que levou a necessidade de reformular o procedimento da coleta dos dados do preenchimento do questionário pelos cuidadores, de autoaplicável para entrevista com treino específico dos entrevistadores procurando diminuir os riscos de indução das respostas.

### **Discussão**

No processo de ATC, é necessário demonstrar as evidências acerca da equivalência conceitual, semântica, de itens e as psicométricas da nova versão do instrumento. Na avaliação da equivalência conceitual, analisaram-se perspectivas variadas do conceito de saúde e doença e as dimensões que se interrelacionam com estes, observou-se a compatibilidade dos constructos entre as culturas as quais assumem parâmetros teóricos similares. Na equivalência de itens, avaliaram-se os tópicos que compunham o questionário, estes estimavam os mesmos domínios nas duas culturas.

Na avaliação da equivalência semântica, observou-se a transferência de sentido dos conceitos contidos no instrumento original para a versão adaptada, modificando termos a fim

de propiciar um efeito nos respondentes semelhante nas duas culturas, pois uma tradução adequada requer um tratamento equilibrado de considerações linguísticas, culturais, contextuais e científicas sobre o construto avaliado (Tanzer, 2005). As palavras modificadas visaram a alcançar uma correspondência de percepção e impacto no respondente. Essa questão é relevante em instrumentos para a captação empírica de conceitos culturalmente construídos. A substituição do termo visa a resgatar plenamente a equivalência desejada sem alterar o sentido do construto avaliado.

O primeiro piloto da fase pré-teste da versão foi realizado com adolescentes de dez a 15 anos e seus cuidadores, a fim de avaliar aceitabilidade, compreensão e impacto emocional. O estudo-piloto refere-se a uma aplicação prévia do instrumento em uma pequena amostra que reflita as características da amostra/população-alvo (Gudmundsson, 2009). Mais uma vez, nesse processo, deve-se avaliar a adequação dos itens em relação ao seu significado e à sua dificuldade de compreensão, bem como as instruções para a administração do teste. Na aplicação com familiares de nível socioeconômico baixo, percebeu-se a grande dificuldade de compreensão dos itens, sendo necessário o auxílio do pesquisador em vários itens, principalmente referente à leitura destes. Mudanças ocorreram nos passos propostos para a ATC ao se discutir com a população alvo na aplicação dos pilotos. As modificações entre os passos propostos são possíveis tanto quanto dentro deles (Borsa, Damásio, & Bandeira 2012).

Na equivalência operacional, propôs-se mudança na forma de aplicação do instrumento junto aos cuidadores, esta não foi arbitrária do grupo de pesquisa, mas decorrentes de questões da realidade social da amostra. A partir de uma apreciação qualitativa dos pesquisadores visando ao êxito da pesquisa, definiu-se mais de uma estratégia de preenchimento do questionário junto aos cuidadores, sendo autoaplicável ou por meio de entrevista com pesquisador treinado.

De modo geral, o instrumento na versão brasileira é atrativo e de fácil entendimento, obteve-se aceitação e compreensão razoável da população estudada. Porém, é extenso, e apresenta um percentual significativo de itens deixados em branco (missing- método pairwise). Esses dados implicaram nas decisões no passo da equivalência de mensuração. A evidência de equivalência psicométrica entre o AMHC e a versão ACSM, sob escrutínio, também atesta positivamente sobre a adequação da equivalência operacional.

Na equivalência de mensuração, identificou-se a ordenação de nove fatores como mais adequada segundo os critérios estatísticos e teóricos. É relevante apontar que, por meio das análises exploratórias, observou-se um modelo diferente de agrupamento dos 97 itens ao se comparar com os agrupamentos pré-estabelecidos nas seções do instrumento original, AMHC. Diante da averiguação teórica para o modelo encontrado nas análises, é pertinente a solução estatística para os nove fatores apresentados diferentemente do original, pois os itens que se comportaram diferentemente estiveram relacionados com construtos semelhantes, indicando a convergência dos itens, bem como salientando a divergência com os demais com quais não se relacionavam.

O Fator 1, nomeado de Busca de Ajuda, foi composto majoritariamente pelos itens da seção F, “Rede de Apoio Social e Afetiva”, seguido de itens da seção E, “Estratégias de *Coping*”, todos pertinentes a ações visando a ajudar-se frente ao mal estar emocional/mental por meio da medicina, alopática, homeopática, cuidado popular e disque-ajuda. Por fim, os últimos itens que compõem esse importante fator são da seção H na parte referente à busca de ajuda, a saber: professor/escola, conselho tutelar e profissionais da saúde (médico, pediatra, agente comunitário). O item f71 (médico de família ou o pediatra) e o h109 (médico de família, pediatra, agente comunitário de saúde ou outros especialistas) são semelhantes em seu conteúdo investigativo e poderiam ter a mesma descrição em ambas as seções na qual estão inseridos, rede de apoio e busca de ajuda. Ou apontado em um item a mais apenas o



agente comunitário e outro especialista, fazendo referência à rede de profissional que atuam paralela aos médicos.

A correlação entre F1 e F9 (Rede de Apoio Familiar) é explicada já que esta também se configura como uma potencial busca de ajuda frente ao mal estar mental/emocional. Tanto que este fator se configurou por itens das seções F e H. A família, a escola, os profissionais da saúde, o conselho tutelar, estes microssistemas são importantes, pois o ambiente influencia no desenvolvimento e na saúde mental dos indivíduos (Bronfenbrenner, 1998; Rutter, 2005). Os contextos se apresentam como suporte social e familiar relevantes para amortecer os efeitos de estressores, além de e se relacionarem com a satisfação de vida das pessoas (Pardeck et al., 1991; Baptista, 2005).

O Fator 2, nomeado de concepção de doença mental, teve retirado do seu escopo original sete itens. É pertinente aprofundar uma apreciação qualitativa destes, a saber: b23 (ser diferente dos outros), b30 (Algo que não se percebe logo), b31 (algo que deve ser levado a sério) e b34 (é difícil de definir) que se agruparam no Fator 6 – concepção de saúde mental; b32 (algo que quase não pode ser curado) e b33 (algo que se tem desde o nascimento) que se agruparam no Fator 7 – Percepção do tratamento em saúde mental; e b29 (quando profissionais como psicólogos ou psiquiatras aconselham um tratamento) que se agrupou no Fator 8 – Enfrentamento focado no problema. A concepção de doença mental/emocional é complexa, tendo multifatores como causa e a influência de diferentes aspectos biológicos, psicológicos e sociais, a depender do problema (Engel, 1980; Minayo, 2013). Este também pode variar em grau de severidade implicando na limitação sobreposta ao indivíduo que consequentemente influenciará na concepção das pessoas acerca da doença mental/emocional. A percepção da doença se dá em interação com outros temas: significado pessoal e social, adesão, eficácia do tratamento e recuperação. Segundo Richer e Ezer (2000), é fundamental considerar o significado dado pelo indivíduo para se compreender sua doença

e seu sofrimento. As pessoas trazem consigo uma série de associações simbólicas que interferem diretamente na maneira como percebem a sua condição e como os outros agem em relação a ela.

O Fator 6, nomeado de concepção de saúde mental, teve dois itens excluídos, a2 (não ser tão sensível) e a16 (eu sei o que é, mas é difícil explicar). Quatro itens da seção de doença mental entram no F6, mas foram excluídos devido as baixas cargas fatoriais. A presença de um fator de segunda ordem para F2 e F6 pode ser explicada pela teoria, pois os conceitos de saúde e doença apesar de serem diferentes estão imbricados. Estes não são conceitos facilmente separáveis. Segundo Dreher e Dreher (1999), a distinção se clarifica com a experiência e o conhecimento, que propicia o reconhecimento da saúde e da doença como dois conceitos distintos, mas relacionados. As crenças sobre estar doente existem no contexto das crenças sobre estar saudável (Lau, 1995). Deste modo, itens que compõe os F2 e F6 possuem correlação, pois saúde e doença não são condições estáveis, mas sim conceitos vitais sujeitos a constante avaliação e mudança.

O Fator 3, nomeado de barreiras de acesso aos serviços em saúde mental, agregou o item h102 (as pessoas olham de forma estranha quando ele/a vai ao consultório/clínica) da seção percepção do tratamento em saúde mental. Por este se apresentar como estereótipo e ao ser avaliado, indica-se a reestruturação deste para a seção G. Os demais itens seguiram o padrão do instrumento original. As barreiras de acesso apresentam noções complexas que perpassam dimensões estruturais, estigmatizantes e transgeracionais. As barreiras de acesso aos serviços podem se apresentar em três planos: a) nível do sistema, como a baixa cobertura de seguro, b) o nível do paciente, como a percepção errada de risco de doença e c) nível de provedor, como a falta de conhecimento (Angell & Cetron, 2005). A enfermidade por si mesma também pode ser colocada como uma situação estressante para o paciente e como barreira de acesso ao serviço, uma vez que ela pode implicar em diferentes ameaças. Além

disso, a cultura deve ser considerada, pois o indivíduo está inserido nela e sendo influenciado. Os estigmas construídos culturalmente são barreiras de acesso aos serviços.

O Fator 4, nomeado origem das ideias sobre saúde e doença mental, apresentou configuração totalmente similar ao instrumento AMHC, neste se apresentam os contextos e pessoas que marcadamente influenciam a construção das concepções de saúde e doença mental. O Fator 7 (percepção do tratamento em saúde mental) também foi majoritariamente composto pelos mesmos itens do instrumento original. Dois itens da seção de doença mental apareceram nesse fator (b33- algo que se tem desde o nascimento, b32- algo que quase não pode ser curado), esses podem indicar uma percepção negativa ou indiferente acerca do tratamento. É preciso salientar a complexidade do fenômeno doença mental, que a depender do transtorno avaliado apresenta características de prognóstico limitadas. A análise dos aspectos de tratamento e da percepção da doença é importante no campo da saúde, especialmente da saúde mental (Borda, del Rio, & Torres, 2003; Gargallo, Fernández-Aranda & Raich, 2003; Woodside et al., 2002). A compreensão limitada de questões relacionadas à percepção da doença e do tratamento pode explicar, em parte, a reduzida efetividade dos tratamentos dispensados.

Os fatores 5 e 8 apresentaram as estratégias de *coping* frente ao mal estar mental/emocional. Por *coping* se compreende o conjunto das estratégias utilizadas para adaptar-se a circunstâncias adversas ou estressantes. Os itens que se caracterizaram como padrões de passividade foram nomeados por enfrentamento focalizado na emoção (F5) e os que denotam uma ação ativa por enfrentamento focalizado no problema (F8). O item f68 (amigos) da seção de rede de apoio social e afetiva se agrupou nesse último fator indicando a busca pelos amigos como uma estratégia de enfrentar o problema e pode estar vinculado com ideia de buscar conversar com alguém, item (e53 – falo com alguém sobre o problema) que também compõe esse fator. Vale retomar que vários itens originais da seção E (estratégias de

*coping*) se agruparam no F1, sendo estes referentes a ações voltadas ao autocuidado através da medicina tradicional, oriental e conhecimento popular. Os itens que avaliam as estratégias de *coping* merecem uma avaliação mais densa, pois esse conceito é complexo e apresenta diferenças marcantes em suas construções teóricas e metodológicas decorrentes da base epistemológica na qual se fundamenta (Suls, David & Harvey, 1996). Diferenciações entre estilos de *coping* e estratégias de *coping* são apontadas na literatura (Antoniazzi, Dell’Aglia, & Bandeira, 1998).

### **Considerações finais**

A construção e verificação das evidências de validade de instrumentos são mister para a compreensão dos fenômenos, por meio destes é possível avançar no conhecimento.

Entretanto, as diferenças e semelhanças entre culturas são um desafio de pesquisa para a ciência. Preparar instrumentos para pesquisas transculturais é uma tarefa difícil, a qual exige do(s) pesquisador(es) habilidade na qualidade da tradução e análise dos conceitos em vista de produzir um material coerente, compreensível, aceitável e relevante. O modelo de adaptação transcultural adotado foi escolhido por ser abrangente e considerar as diferenças do contexto sócio-cultural na adaptação de um instrumento.

Embora essa pesquisa transcultural tenha sido realizada com um instrumento elaborado na língua portuguesa, observou-se a complexidade da ATC do instrumento. A cultura não é unívoca e se apresenta com variantes determinadas pela língua, pelo sistema de crenças inerentes aos significados lingüísticos, metafóricos e que se apresentam de forma singular. O instrumento não foi organizado em língua diferente que exigisse traduções e retro-traduções o que aumentaria a complexidade da validação do instrumento. Todavia, é importante enfatizar que mesmo quando os instrumentos são elaborados no mesmo idioma há diferenças terminológicas e culturais que exigem rigor científico. O uso da aplicação de

grupos focais com a população-alvo é sugerido como uma estratégia muito pertinente para identificar os aspectos culturais que perpassam a compreensão dos instrumentos.

Apreendeu-se, deste exercício de ATC, as várias etapas, as quais foram imprescindíveis para se pesquisar dentro de marcos similares permitindo uma compreensão comparável cujos resultados quantitativos trabalhados estatisticamente possam continuar sendo verificados em estudos posteriores. É clara a apreensão satisfatória da equivalência semântica, tanto no que se refere ao significado geral quanto o referencial. Percalços metodológicos foram vivenciados e manejados a partir da discussão com especialistas e que resultou em decisões acerca da operacionalidade do instrumento. As discussões em grupo também avaliaram a compreensão, aceitabilidade e relevância do instrumento. Apesar de, na ATC do AMHC, não ter sido escutada a população-alvo desde o início do processo, sendo focada a análise dos profissionais e pesquisadores, percebe-se a adequação satisfatória do instrumento para a população brasileira.

As discrepâncias psicométricas na extração dos fatores não significam necessariamente alguma falha importante no processo de adaptação em si. Perpassam esse processo as idiossincrasias relativas à cultura da população alvo, a subjetividade dos pesquisadores envolvidos a partir da própria cultura e a aproximação conceitual de alguns construtos em análise. Além disso, questões relativas aos domínios do estudo (construtos) como objeto de comparação também devem ser debatidas, principalmente se estes se relacionam com representações subjetivas como no instrumento ACSM.

As correlações entre os fatores que agruparam as seções de concepções de saúde e doença mental são pertinentes com a teoria, bem como as correlações entre os fatores que agruparam itens das seções E, F e H que se referem a construtos sobre estratégias de enfrentamento, rede de apoio social e afetiva e busca de ajuda. De modo geral, o padrão de resposta entre os grupos analisados através da TRI foram equivalentes, poucos itens nos

fatores apresentaram padrão diferente de resposta nos grupos de cuidadores e jovens e por sexo. As correlações para o grupo de cuidadores entre os fatores que agruparam os itens de concepções de doença mental e barreiras de acesso aos serviços também são coerentes, uma vez que o desconhecimento sobre a doença e os estereótipos sobre esta são entendidos como barreiras.

Estudos futuros, apresentando em profundidade aspectos da equivalência de mensuração, são fundamentais, como realizar análises fatorial exploratórias utilizando a estrutura pré-estabelecida do questionário e identificar, dentro das seções de A a H, independentemente, a existência de subdimensões na mesma seção e comparar essas com as análises do estudo de validação suíço. Além disso, é pertinente averiguar a estrutura original e a em escrutínio através de análise fatorial confirmatória por modelos de equações estruturais, considerando a amostra suíça, a brasileira já analisada e uma nova amostra brasileira. Alguns eixos já se mostraram muito consistentes, sendo esses as concepções de saúde e doença mental, barreiras de acesso, percepção sobre o tratamento e origem da ideias.

A diversidade de eixos abordados pelo instrumento ACSM traz uma riqueza de possibilidade investigativa, contudo dificulta a sistematização do volume de dados. Diante deste desafio, é pertinente utilizar o instrumento considerando as seções como escalas independentes. Desta forma, se torna possível realizar análises convergente/divergente com outros instrumentos que se relacionam com a escala (construto) selecionada. As escalas de concepção de saúde, doença mental e barreiras de acesso aos serviços poderiam ser comparadas com a Escala de Medida de Opinião (Osinaga, Furegato & Santos, 2005), a *Opinions About Mental Illness Scale* (Oliveira, 2005), o Inventário de Crenças acerca da Doença Mental (Loureiro, Dias, & Ferreira, 2006) e com a Escala de Estigma em Epilepsia (Fernandes, Salgado, Noronha, Sander & Li, 2007). Além disso, é interessante trabalhar com

o ACSM incluindo a possibilidade de uma averiguação qualitativa para os sete itens excluídos sobre a doença mental.

Muitos desafios metodológicos estão presentes nos estudos de ATC. Por isso, o rigor no método ao se planejar e executar um estudo é indispensável, bem como o preciosismo nos processos de aferição. Não se trata de somente cuidar da coleta de dados, a apreciação crítica ao instrumento é prudente. Adaptações formais de instrumentos elaborados em outros contextos são fundamentais para o desenvolvimento do conhecimento, principalmente se é relevante comparar resultados de pesquisas em diferentes localidades e culturas. Deste modo, espera-se que este instrumento, adaptado na versão brasileira ACSM, contribua para o conhecimento e melhoria da saúde mental dos adolescentes e seus cuidadores, viabilizando o desenvolvimento de estratégias preventivas que visem ao bem-estar e qualidade de vida destes.

## Referências

- Angell, S. Y. & Cetron, M. S. (2005). Health disparities among travelers visiting friends and relatives abroad. *Annals of Internal Medicine*, 142(1), 67-72.
- Antoniazzi, A. S., Dell'Aglio D. D. & Bandeira D. R. (1998). O conceito de *coping*: uma revisão teórica. *Estudos de psicologia*, 3(2), 273-294.
- Badia, X., & Alonso, J. (1995). Re-scaling the Spanish version of the Sickness Impact Profile: an opportunity for the assessment of cross-cultural equivalence. *J Clin Epidemiol*, 48(7), 949-957.
- Baptista, M. N. (2005). Desenvolvimento do Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF): Estudos psicométricas preliminares. *Psico-USF*, 10, 11-19.
- Beaton, D. E., Bombardier, C., Guillemin, F., & Ferraz, M. B. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 25(24), 3186-3191.

- Belfer, M. L. (2008). Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problem across the globe. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49 (3): 226-236.
- Benvegnú, L. A., Fassa, A. G., Facchini, L. A., Wegman, D. H. & Dall'Agnol, M. M. (2005). Work and behavioural problems in children and adolescents. *International Journal of Epidemiology*, 34, 1417-1424.
- Berkanovich, E. (1980). The effect of inadequate language translation of Hispanics' responses to health surveys. *Am J Public Health*, 70(12), 1273-1276.
- Borda, M., del Rio, C. y Torres, I. (2003). Creencias irracionales en mujeres con anorexia nerviosa y bulimia nerviosa. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, 65, 16-28.
- Borsa, J. C., Damásio, B. F., & Bandeira, D. R. (2012). Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: algumas considerações. *Paidéia*, 22(53), 423-432.
- Boruchovitch, E. & Mednick, B. R. (2002). The meaning of health and illness: Some considerations for health psychology. *Psico-USF*, 7(2), 175-183.
- Brasil (2005). Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. *Caminhos para uma Política de Saúde Mental Infanto-Juvenil*. Brasília.
- Bronfenbrenner, U. (1995). Developmental ecology through space and time: A future perspective. In P. Moen, G. H. Elder, Jr., & K. Lüscher (Eds.), *Examining lives in context: Perspectives on the ecology of human development* (pp. 619-647). Washington, DC: American Psychological Association.
- Collins P.Y, Patel, V., Joestl, S. S., March, D., Insel, T. R., Daar, A. S., et al. (2011). Grand challenges in global mental health. *Nature*, 475, 27-30.



- Damásio, B. F., Borsa, J. C. & Koller, S. H. (2014). Adaptation and psychometric properties of the brazilian version of the five-item mental health index (MHI-5). *Psicologia Reflexão e Crítica*, 27(2), 323-300.
- Delgado, P. G.; Schechtman, A.; Weber, R.; Amstalden, A. F.; Bonavigo, E.; Cordeiro, F.; et al. (2007). Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: Mello, M. F.; Mello, A. A. F.; Kohn, R. (Orgs). *Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil*, pp 39-83Porto Alegre: Artmed.
- Dinno, A. (2009). Implementing Horn's parallel analysis for principal component analysis and factor analysis. *Stata Journal* 9, 291–298.
- Dreher, E. & Dreher, M. (1999). Konzepte von Krankheit und Gesundheit in Kindheit, Jugend und Alter. In Öster Van Haagen & Röper Noam, R. (Hrsg.). *Klinische Entwicklungspsychologie*. Ein Lehrbuch. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Engel, G.L. (1980) The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry* 137, 535-544.
- Faltermaier, T. (1998). Subjektive Konzepte und Theorien von Gesundheit: Begründung, Stand und Praxisrelevanz eines gesundheitswissenschaftlichen Forschungsfeldes. In U. Flick (Hrsg.), *Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit*, pp 70-86. Weinheim: Juventa.
- Fatori de Sá, D. G., Bordin, I. A. S., Martin, D., Paula, C. S. (2010). Fatores de risco para problemas de saúde mental na infância/adolescência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(4), 643-652.
- Fernandes P.T., Salgado P.C., Noronha A.L., Sander J.W., Li L.M. (2007). Stigma scale of epilepsy: validation process. *Arq Neuropsiquiatr*, 65(Supl 1), 35-42.
- Fernandes, P. T., Salgado P. C.B, Noronha, A. L. A, Sander, J. W., Li M. Li. (2007). Stigma scale of epilepsy: Validation process. *Arquivos de Neuropsiquia* 65(1), 35-42.

- Fleitlich, B. & Goodman, R. (2001). Social factors associated with child mental health problems in Brazil: cross sectional survey. *British Medical Journal*, 323, 599-600.
- Flick, U. (1998). Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. Überblick und Einleitung. In Uwe Flick (Hrsg.). *Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit*. München: Juventa Verlag.
- Gargallo, M., Fernández-Aranda, F. & Raich, R. M. (2003). Bulimia nerviosa y transtornos de la personalidad. Una revision teorica de la literatura. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(2), 335-349.
- Gianella, D. (2008). *Santé Publique Et Culture Familiale De La Santé Mentale: Favoriser L'accès Des Adolescents Aux Soins De Santé Mentale En Suisse*. Tese de doutoramento. Faculté des Lettres de l'Univeersité de Fribourg.
- Gjersing, L., Caplehorn, J. R. M., & Clausen, T. (2010). Cross-cultural adaptation of research instruments: language, setting, time and statistical considerations. *BMC Medical Research Methodology*, 10(13).
- Goldberg, D. P., Gater, R., Sartorius, N., Ustun, T. B., Piccinelli, M., Gureje, O., & Rutter, C. (1997). The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. *Psychological Medicine*, 27(1), 191-197.
- Gonçalves, M. (2009). *Der Zugang von Migrantenkindern zur psychischen Gesundheitsversorgung. Eine Untersuchung mit portugiesisch-sprachigen Familien im multikulturellen Umfeld der Schweiz*. Hamburg, Germany: Verlag Dr. Kovac.
- Gudmundsson, E. (2009). Guidelines for translating and adapting psychological instruments. *Nordic Psychology*, 61(2), 29-45.
- Guillemin, F., Bombardier, C., & Beaton, D. (1993). Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology*, 46(12), 1417-1432.

- Hambleton, R. K. (2005). Issues, designs, and technical guidelines for adapting tests into multiple languages and cultures. In R. K. Hambleton, P. F. Merenda, & C. D. Spielberger (Eds.), *Adapting educational and psychological tests for cross-cultural assessment* (pp.3-38). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Hays, R. D., & Stewart, A. L. (1990). The structure of self-reported health in chronic disease patients. *Psychological Assessment*, 2, 22-30.
- Helman, C. G. (2009). *Cultura, saúde e doença*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Herdman, M., Fox- Rushby, J., & Badia, X. (1998). A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQol Instruments: the universalist approach. *Quality of Life Research*, 7(4), 323- 335.
- Herdman, M., Fox-Rushby, J., & Badia, X. (1997). "Equivalence" and the translation and adaptation of health-related quality of life questionnaires. *Quality of Life Research*, 6(3), 237-247.
- Herzlich, C. (1973). *Health and illness: A social psychological analysis*. Oxford, England: Academic Press.
- Hofstede, G., 2001. *Culture's consequences. comparing values, behaviors, institutions, and organizations across nations*. Thousand Oaks, California: Sage.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2005). Acesso e utilização de serviço de saúde. In Pesquisa nacional por amostra de domicílio. Retrieved in October, 5, 2006 from [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalho\\_rendimento/pnad2003/saude/saude2003.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalho_rendimento/pnad2003/saude/saude2003.pdf)
- Käppler, C. (2004). *Access to mental health care in children (the AMHC-Study): concepts of mental health and perception of services from the perspective of children, adolescents and their families* (405240-103375 ). Zürich: Zentrum für Kinder- und

- Jugendpsychiatrie der Universität Zürich. Retrieved from [http://www.nfp52.ch/e\\_dieprojekte.cfm?Projects.Command=details&get=30](http://www.nfp52.ch/e_dieprojekte.cfm?Projects.Command=details&get=30).
- Käppler, C., & Mohler, B. (2006). Mental health and access to public services: The views of children, young people and their families. In Perrig-Chiello, P; Suter, C. (editors). *Childhood, youth and intergenerational relationships in a changing society: portrait of the National Research Programme NRP 52*. Swiss National Science Foundation, pp.68-69, 2006. Retrieved from [http://www.nfp52.ch/files/download/Portrait\\_NFP52.pdf](http://www.nfp52.ch/files/download/Portrait_NFP52.pdf).
- Kassam, A., Papish, A., Modgill, G., & Patten, S. (2012). The development and psychometric properties of a new scale to measure mental illness related stigma by health care providers: the Opening Minds Scale for Health Care Providers (OMS-HC). *BMC Psychiatry*, 12, 62.
- Keyes, C. L. M. (2006). The subjective well-being of America's youth: Toward a comprehensive assessment. *Adolescent and Family Health*, 4(1), 3-11.
- Kieling, C., Baker-Henningham, H., Belfer, M., Conti, G., Erten, I., Omigbodun, O., Rohde, L.A., Srinath, S., Ulkuer, N., & Rahman, A.(2011). Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *Lancet*, 378(9801), 1515-1525.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry*. Berkeley, University of California Press.
- Lau, R. R. (1995). Cognitive representation of health and illness. In D. Gockman (Ed.), *Handbook of Health Behaviour Research*.
- Leventhal, H. & Nerenz, D. (1985). Assessment of illness cognition. In. P. Karoly (Ed.), *Measurement Strategies in Health*, pp 517-554. New York, Wiley.
- Loureiro, L.; Dias, A. & Ferreira, P. (2006) – ICDM – Um inventário de crenças acerca da doença mental. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 14, 36-44.

- McHorney, C. A., & Ware, J. E., Jr. (1995). Construction and validation of an alternate form general mental health scale for the Medical Outcomes Study Short-Form 36-Item Health Survey. *Medical Care*, 33(1), 15-28.
- Minayo, M. C. de S. (2013). *Violência e Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz
- Modgill, G, Patten, S. B., Knaak, S., Kassam, A. & Szeto, A. (2014). Opening Minds Stigma Scale for Health Care Providers (OMS-HC): Examination of psychometric properties and responsiveness. *BMC Psychiatry*, 14:120.
- Morais, N. A. (2005). *Um estudo sobre a saúde de adolescentes em situação de rua: o ponto de vista de adolescentes, profissionais de saúde e educadores*. Unpublished master dissertation, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul.
- Muza, G. M. & Costa, M. P. (2002). Elementos para a elaboração de um projeto de promoção à saúde e desenvolvimento dos adolescentes: O olhar dos adolescentes. *Cadernos de Saúde Pública*, 18 (1), 321-328.
- Ogden, J. (1996). *Health Psychology: A textbook*. McGraw-Hill Education.
- Okon, D. M., Greene, A. L. y Smith, J. (2003). Family interactions predict intraindividual symptom variation for adolescents with bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 450-457.
- Osinaga, V. L. M., Furegato, A. R. F., & Santos, J. L. F. (2005). Redução das questões de uma Escala de Medida de Opinião. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 57(6),703-5.
- Oliveira, S. (2005) - *A loucura no outro: um contributo para o estudo do impacto da loucura no profissional de saúde mental*. FPCEUC. Tese de doutoramento não publicada. Coimbra.
- Pardeck, J. T., Brown, C., Christian, B., Schnurbusch, M., Shrum, L., & Terrell (1991). Family structure and life satisfaction. *Family Therapy*, 18, 11-15.

- Pasquali, L. (2004). *Psicometria: Teoria dos testes na Psicologia e na Educação*. Petrópolis: Vozes.
- Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. (2010). Relatório de Desenvolvimento Humano Brasileiro 2009/2010. Brasília, DF
- Reichenheim, M. E. & Moraes, C. L. (2007). Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. *Revista de Saúde Publica*, 41(4), 665-673.
- Richer, M. C., & Ezer, H. (2000). Understanding beliefs and meanings the experience of cancer: a concept analysis. *Journal Adv Nursing*, 32, 1108-1115.
- Rombaldi, A. J., Silva, M. C. da, Gazalle, F. K., Azevedo, M. R., & Hallal, P. C. (2010). Prevalence of depressive symptoms and associated factors among southern Brazilian adults: Cross-sectional population-based study. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 13(4), 620-629.
- Rutter, M. (2005). How the environment affects mental health. *British Journal of Psychiatry*, 18(6), 4-6.
- Scliar, M. (2007). Historia do conceito de saúde. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, 17(1), 29-41.
- Simões, C. H. D., Fernandes, R. A., & Aiello-Vaisberg, T. M. J.(2013). O profissional de saúde mental na reforma psiquiátrica. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 30(2), 275-282.
- Suls, J., David, J. P., & Harvey, J.H. (1996). Personality and Coping: Three Generations of Research. *Journal of Personality*, 64, 711-735.
- Tanzer, N. K. (2005). Developing tests for use in multiple languages and cultures: A plea for simultaneous development. In R. K. Hambleton, P. F. Merenda, & C. D. Spielberger (Eds.), *Adapting educational and psychological tests for cross-cultural assessment* (pp. 235-264). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

- Vitolo, Y. L., Fleitlich-Bilyk, B., Goodman, R., & Bordin, I. A. (2005). Parental beliefs and child-rearing attitudes and mental health problems among schoolchildren. *Revista de Saúde Pública*, 39, 716-724.
- Vivas, E. (1999). Estudios transculturales: Una perspectiva desde los trastornos alimentarios. In S. M. Wechsler & R. S. L. Guzzo (Orgs.), *Avaliação psicológica: Perspectiva internacional* (2a ed., pp. 463-481). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Woodside, D. B., Bulik, C. M., Halmi, K. A., Fichter, M. M., Kaplan, A., Berrettini, W. H., Strober, M., Treasure, J., Lilenfeld, L., Klump, K. y Kaye, W. (2002). Personality, Perfectionism, and attitudes toward eating parents of individuals with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 290-299.

### Artigo III

#### **Comparações entre os fatores do instrumento Acesso aos Cuidados em Saúde Mental em relação ao sexo, grupo clínico, nível socioeconômico e estados na perspectiva dos adolescentes**

**Resumo:** Este artigo busca apresentar as comparações entre nove fatores investigados no instrumento Acessos aos Cuidados em Saúde Mental (ACSM) considerando as subculturas: NSE, sexo, estado brasileiro e grupo clínico e não clínico. Participaram 480 respondentes de 12 a 19 anos de ambos os sexos. Diferenças significativas foram encontradas em todos os fatores, exceto o fator concepção de doença mental. A maior frequência de diferença nos fatores ocorreu nos níveis grupo clínico/ não clínico, NSE, sexo e por estados, de modo decrescente. Experiência da doença e nível socioeconômico são as variáveis culturais relevantes a serem mais investigadas. É importante compreender como estas influenciam as concepções de saúde mental, busca de ajuda, origem das ideias em saúde e doença mental, percepção do tratamento, estratégias de *coping* e rede de apoio.

**Palavras-chave:** adolescentes, cultura, subculturas, saúde mental

**Abstract:** This paper presents the statistical analysis for the nine factors found in ACSM instrument relating them to subcultural levels of clinical and non-clinical groups, high and low socioeconomic status, gender, youth and home states. Participants were 480 respondents 12-19 years of both sexes. Significant differences were found in all factors except factor design mental illness. The biggest difference in the frequency of factors occurred in clinical / non-clinical group levels, SES, gender and states, in descending order. Experience of illness and socioeconomic status are the relevant cultural variables to be investigated further. It is important to understand the ways that these influence the conceptions of mental health,



seeking help, origin of ideas in mental health and illness, perception of treatment, coping strategies and support network.

**Key-words: adolescents, culture, subculture, mental health**

### **Introdução**

O estudo da saúde mental dos adolescentes tem tido maior relevância nos últimos anos devido às inúmeras problemáticas ocorridas com esta população, principalmente o uso abusivo de drogas, mortes por causas externas, homicídios, gravidez na adolescência, dentre outros fatores de risco. Adolescentes entre dez a 19 anos possuem necessidades específicas de saúde e de desenvolvimento. Eles enfrentam desafios que dificultam seu bem-estar, por exemplo, a pobreza, a falta de acesso à informação e serviços de saúde e a vivência em ambientes de risco. Além disso, muitos problemas da vida adulta tem seu início na adolescência.

Os adolescentes estão expostos a diversos fatores de risco para problemas mentais. Os biológicos são anormalidades do sistema nervoso central causadas por lesões, infecções, desnutrição ou exposição a toxinas (Humensky, 2010; Lemstra et al., 2008; Tavares et al., 2004). Os genéticos associam-se à história familiar de depressão, ansiedade, ideação suicida e transtorno bipolar (Borges & Werlang, 2006; Jatobá & Bastos, 2007). Os psicossociais dizem respeito à ruptura e disfunção na família como crise conjugal, falta de laços afetivos entre pais e filhos e psicopatologia e criminalidade paterna/materna, a violência intrafamiliar, o abuso sexual (Teixeira & Taquete, 2010), a punição física grave (Sá et al., 2010), a violência contra terceiros (Horta et al., 2010) e a transtornos de conduta (Cruzeiro et al., 2008). Fatores ambientais como comunidades desorganizadas, escolas inadequadas, ausência de serviços e violência urbana também são relevantes.

### **Fatores de risco e adoecimento mental na adolescência**

O crescimento de problemas de saúde mental tem sido constatado em vários países nas últimas décadas. Em 2001, a *World Health Organization* (WHO) indicou que cerca de 450 milhões de pessoas sofrem de transtornos mentais, mas apenas uma minoria delas recebe o tratamento mais básico. Estima-se que as perturbações neuropsiquiátricas são responsáveis por 13% da carga global de doença. Embora isso varie de país para país, perturbações neuropsiquiátricas são responsáveis por uma quantidade substancial da doença em todos os países do mundo (WHO, 2001, 2005)

O último levantamento da WHO sobre saúde mental foi motivado pela constatação de que os recursos para tratar e prevenir transtornos mentais permanecem insuficientes, pois os gastos com a saúde mental é menos de dois dólares americanos por pessoa, por ano e menos de 25 centavos em países de baixa renda. Além disso, quase metade da população do mundo vive em um país onde, em média, há um psiquiatra ou menos para atender 200 mil pessoas. A precariedade da atenção à saúde mental se estende a outras problemáticas. Os recursos para a saúde mental são distribuídos desigualmente. Apenas 36% das pessoas que vivem em países de baixa renda estão abrangidos pela legislação de saúde mental. Em contraste, a taxa correspondente para os países de alta renda é de 92%. Ambulatórios de saúde mental são 58 vezes mais prevalentes em países de alto rendimento em comparação com os de baixa renda. Usuários das organizações de saúde estão presentes em 83% nos países de alta renda, em comparação a 49% dos países de baixa renda. Ademais, globalmente, 63% dos leitos psiquiátricos estão localizados em hospitais psiquiátricos, e 67% dos gastos com a saúde mental é dirigida a essas instituições. Embora os recursos permaneçam concentrados em hospitais psiquiátricos, uma redução modesta nas camas de hospitais mentais foi encontrado entre 2005-2011, em nível global e em quase todas as regiões e grupo regional, deste modo,

percebe-se uma tendência a diminuição no mundo dos cuidados institucionais para transtornos mentais (WHO, 2011).

Os problemas de saúde mental ao longo do desenvolvimento humano podem ser influenciados por múltiplos e diversos precursores, como aspectos biológicos, sociais e psicológicos. A literatura científica destaca a importância que os fatores de risco exercem sobre a saúde mental (Kazdin, Kraemer, Kessler, Kupfer, & Offord, 1997; Rutter, 1988). Fatores de risco podem ser definidos como a presença de uma característica, experiência ou evento que aumenta a probabilidade da ocorrência de um dado desfecho quando comparado à mesma população não exposta. Assim, indivíduos expostos a um fator de risco podem apresentar vulnerabilidade para o surgimento de determinado desfecho clínico, constituindo como um grupo vulnerável (Fletcher, Fletcher, & Wagner, 1996; Jekel, Katz & Elmore, 2005; Kazdin et al., 1997).

Estudos epidemiológicos na área de saúde mental infanto-juvenil eram escassos nos países em desenvolvimento até o final da década de 1990 (Hackett & Hackett, 1999). No ano 2000, estudos epidemiológicos começaram a ser realizados em países em desenvolvimento, incluindo o Brasil, revelando taxas de prevalência de problemas de saúde mental na infância e adolescência semelhantes aos países desenvolvidos (Belfer, 2008). Atualmente, uma entre quatro a cinco crianças e adolescentes no mundo sofre algum transtorno mental (Patel, Flisher, Hetrick, & McGorry, 2007). Estudos nos Estados Unidos e na Europa concluem que as crianças, quando têm problemas mentais, não são diagnosticadas, tampouco tratadas (Stephenson, 2000; Wittchen, 2000).

Os estudos epidemiológicos são úteis para determinar a magnitude de problemas de saúde mental na infância e adolescência em uma região. Torna-se importante, a partir dos indicadores destes estudos o planejamento de políticas públicas, organização de serviço e estabelecimento de programas de prevenção e tratamento. Na América Latina e no Caribe, as

taxas de prevalência de problemas de saúde mental variam de 15 a 21% para amostras probabilísticas de crianças e adolescentes (Duarte, Bordin, Bird, Miranda, Hoven, & Berganza, 2003). Os problemas apresentados pelos adolescentes variam em severidade e duração, podendo oscilar entre uma fobia escolar no início da adolescência à esquizofrenia no final desta fase. São comuns nesta população: doenças psicossomáticas, distúrbios de alimentação (anorexia, bulimia, obesidade), depressão, comportamento suicida, delinquência, abuso de substâncias, fugas e comportamento impulsivo.

Uma pesquisa realizada em três áreas distintas de Campos do Jordão-SP (Fleitlich & Goodman, 2001), no Brasil, verificou que pobreza, violência familiar e problemas de saúde mental maternos são fatores associados a problemas de saúde mental em crianças e adolescentes na faixa etária de sete a 14 anos ( $N=898$ ). Posteriormente, um estudo de coorte transversal foi conduzido em Taubaté-SP com uma amostra probabilística estratificada de estudantes de escolas públicas (urbanas e rurais) e particulares (todas urbanas), envolvendo 1251 crianças e adolescentes (entre sete e 14 anos) de todas as classes sociais (Fleitlich-Bilyk & Goodman, 2004).

Avaliando uma subamostra ( $n=454$ ; faixa etária de sete a 11 anos) desse estudo, Vitolo, Fleitlich-Bilyk, Goodman e Bordin (2005) observaram que os problemas de saúde mental em geral, segundo a informação dos pais/cuidadores, estavam associados a quatro fatores de risco: (1) criança/adolescente ser do gênero masculino, (2) famílias nas quais pais/cuidadores afirmaram bater com o cinto em seus filhos, (3) presença de problemas de saúde mental nos pais/cuidadores e (4) pertencer a famílias com condições socioeconômicas desfavoráveis. Quando considerados tipos específicos de problemas de saúde mental, meninos apresentaram mais hiperatividade/déficit de atenção e problemas de relacionamento com colegas. Crianças que pertenciam a classes sociais mais desfavorecidas apresentaram mais problemas de conduta e problemas emocionais (ansiedade/depressão). Problemas de

conduta foram mais freqüentes entre as crianças cujos pais batiam com cinto. Além disso, crianças que tinham pais/cuidadores com problemas de saúde mental apresentaram mais problemas de conduta, problemas emocionais e dificuldades de relacionamento com colegas. Por último, foi encontrada uma interação entre gênero e nível socioeconômico, revelando que nas classes D-E, os sintomas de ansiedade/depressão eram mais freqüentes entre as meninas, enquanto nas classes A-B-C, os problemas de relacionamento com colegas eram mais freqüentes entre os meninos.

Em Pelotas, RS, Benvegnú, Fassa, Facchini, Wegman e Dall'Agnol (2005), realizaram um estudo populacional objetivando investigar possíveis associações entre trabalho e problema de saúde mental em crianças e adolescentes (N=3119) residentes em áreas de baixa renda. Os problemas de saúde mental (13,5%) foram identificados com base na categoria clínica (escore T >63) da escala de total de problemas do *Child Behavior Checklist* (CBCL). Começar a trabalhar muito cedo foi considerado importante fator associado a problemas de saúde mental. Entretanto, ainda que o trabalho doméstico estivesse associado a problema de saúde mental entre crianças, no grupo dos adolescentes, o ato de trabalhar foi um fator de proteção para problemas de saúde mental. Outros fatores estiveram associados aos problemas de saúde mental, incluindo o consumo de álcool por parte de crianças, o hábito de fumar entre crianças/adolescentes, as reações maternas inadequadas (gritar, bater, punir severamente) frente ao mau comportamento dos filhos, a morbidade psiquiátrica materna e o baixo nível socioeconômico familiar.

Foi realizado um estudo de corte transversal conduzido em comunidade urbana de baixa renda do município de Embu-SP com objetivo de identificar fatores associados a problemas de saúde mental em crianças/adolescentes em amostra probabilística (N=67, faixa etária 4-17 anos). Este apontou que a criança/adolescente ser do sexo masculino e sofrer punição física grave; ideação suicida da mãe e violência conjugal física grave contra a mãe;

embriaguez do pai/padrasto foram associados aos problemas de saúde mental em crianças e adolescentes (Fatori de Sá, Bordin, Martin, & Paula, 2010).

A partir destas pesquisas, percebe-se que há associação entre fatores de riscos específicos e problemas de saúde mental na infância e adolescência. As evidências mais consistentes parecem ser em relação à criança/adolescente em situação de vulnerabilidade como pobreza e vítimas de punição física. A literatura internacional aponta ainda que filhos de mulheres com depressão constituem também um grupo de risco, incluindo problemas emocionais e de comportamento (Ferro, Verdeli, Pierre, & Weissman, 2000; Klimes-Dougan et al., 1999; Pilowsky, et. al., 2006). Sabe-se também que mulheres vítimas de violência conjugal estão mais sujeitas a apresentar sintomas de ansiedade/depressão e ideação suicida (Pico-Alfonso, et. al., 2006), portanto nos lares onde a violência conjugal está presente, as crianças devem estar mais sujeitas a desenvolver problemas de saúde mental.

A complexa interação entre os fatores de risco biológicos, genéticos, psicológicos e ambientais causa impacto negativo no comportamento e desenvolvimento psicossocial da criança e do adolescente. A prevalência de transtornos mentais em crianças e adolescentes é de cerca de 20% na população mundial, destes 4% a 6% precisam de intervenção clínica para um transtorno mental significativo (WHO, 2005). A necessidade de um atendimento remete a conhecer e investigar como se organizam e estruturam os serviços de saúde mental para essa população específica.

O acesso aos serviços de saúde mental foi mais investigado a partir da perspectiva institucional, objetivando perceber quais as barreiras estavam associadas aos serviços, contemplando o processo de admissão, a acessibilidade e a rede de trabalho dos mesmos. O foco deste tipo de estudo são o uso de formulários, os horários de atendimento, a distância do serviço, as relações públicas e a colaboração inter-serviços.

Quando se preconiza o foco nas necessidades dos usuários, os objetivos passam a serem outros, como: a) perceber a influência de aspectos individuais, como a auto-eficácia, as estratégias de *coping*, o conhecimento sobre saúde mental, os conceitos de saúde mental, o locus de controle; b) estudar em nível familiar, a comunicação e empatia, padrões de identificação e aprendizagem social e, c) em nível comunitário, compreender estereótipos associados à saúde mental, classe social (educação e rendimento) e aspectos da cultura. No processo de busca de ajuda, parece fundamental perceber a influência da transmissão social e intergeracional no acesso à saúde mental, integrando a perspectiva do indivíduo e sua respectiva família, bem como de pessoas chave como profissionais de cuidados de saúde primários e de educação.

### **A cultura e suas interconexões com o fenômeno saúde**

Um aspecto crucial da cultura é a divisão do mundo e das pessoas dentro deles em diferentes categorias. As culturas dividem seus membros em homens e mulheres, crianças ou adultos, jovens ou velhos, conhecidos ou estranhos, capazes ou incapazes, normais e anormais, saudáveis ou doentes. Todas as culturas possuem maneiras elaboradas de mover as pessoas de uma categoria social para outra e de confiná-las dentro de categorias nas quais foram colocadas (Helman, 2009/1990).

Todas as sociedades possuem mais de uma cultura dentro de suas fronteiras (Leach, 1976), caracterizando-se de alguma forma pela estratificação em classes sociais, castas ou categorias, e cada estrato é marcado por seus próprios atributos culturais distintos, incluindo uso da linguagem, estilo de vestir, padrões de alimentação e moradia. Em cada estrato, se herda sua própria perspectiva cultural. Até certo ponto, tanto os homens como as mulheres podem ter suas próprias culturas distintas dentro da mesma sociedade, e espera-se que sigam diferentes normas e atendam a diferentes expectativas. Crianças, adultos e idosos estão

sujeitos às diferentes visões de mundo e compõe culturas peculiares. Essa variação de culturas dentro de uma sociedade que está imersa numa perspectiva mais ampla de cultura pode ser entendida como subculturais.

As sociedades modernas mais complexas possuem suas próprias tradições culturais. Entretanto, elas também têm incluído em suas fronteiras minorias religiosas e étnicas, turistas, estudantes estrangeiros, imigrantes recentes, refugiados políticos e trabalhadores migrantes, cada qual com sua própria cultura. Além disso, dentro da própria cultura podemos identificar subculturas profissionais, como a medicina, enfermagem, psicologia, etc.. Em cada caso, estas pessoas formam um grupo a parte com seus próprios conceitos, regras e organização social. Embora cada subcultura tenha se desenvolvido a partir da cultura maior e compartilhe muitos de seus conceitos e valores, ela também possui características próprias exclusivas e distintas. Isso significa que as sociedades mais complexas não são homogêneas, e sendo uma colcha de retalhos de diferentes subculturas, com diferentes visões de mundo coexistindo - algumas vezes de modo desconfortável - dentro do mesmo território. Assim, a cultura é um conceito cada vez mais fluido que, na maioria das sociedades, esta sofrendo um processo constante de mudança e adaptação. Pode-se dizer que, agora, muitos indivíduos, famílias e mesmo comunidades ocupam duas ou mesmo mais culturas ao mesmo tempo (Helman, 2009/1990).

As culturas nunca são homogêneas e, assim, deve-se sempre evitar usar generalizações ao explicar as crenças e os comportamentos das pessoas, inclusive no âmbito da saúde física e, principalmente, mental. Não é possível fazer generalizações amplas sobre os membros de qualquer grupo humano sem levar em conta o fato de que as diferenças entre os membros do grupo podem ser tão marcantes como aquelas entre os membros de diferentes grupos culturais. Deve-se diferenciar entre as regras de uma cultura, que determinam como alguém deveria pensar e se comportar, e a forma como as pessoas realmente comportam-se



na vida real. As generalizações também podem ser perigosas, pois frequentemente levam ao desenvolvimento de estereótipos e então a equívocos culturais, preconceitos e discriminação. Outra razão para não generalizar é que as culturas nunca são estáticas. Elas geralmente são influenciadas pelos outros grupos humanos em torno delas e, na maior parte do mundo, estão em um processo constante de adequação e mudança. Cada vez mais isso se deve à globalização econômica e ao crescimento dos sistemas de comunicação global como rádio, televisão e internet, ao turismo de massa e ao aumento dos níveis de migração.

A partir do explanado, o artigo busca apresentar as comparações entre nove fatores investigados no instrumento Acessos aos Cuidados em Saúde Mental (ACSM) considerando as subculturas: NSE, sexo, estado brasileiro e grupo clínico e não clínico.

## **Método**

### **Participantes**

A amostra foi composta por 480 jovens, 54,8% do sexo feminino e 45,2% do masculino. Os jovens cursavam entre a quarta série do ensino fundamental ao terceiro ano do ensino médio. A idade dos jovens variou de 12 a 19 anos. ( $M= 15,31$ ,  $DP= 1,69$ ). Os estados participantes foram: Brasília (39,3%), Porto Alegre (40,2%), Belém (12,7%) e Fortaleza (7,7%). Os grupos de coleta ocorreram em escola pública, particular, rede pública e particular de saúde. A amostra foi dividida em grupos de análise a serem comparados, grupo clínico ( $n= 94$ , particular e público) e grupo não clínico ( $n= 386$ , escolares da rede pública e particular); por estados (Porto Alegre, Brasília, Fortaleza e Belém) e por nível socioeconômico alto (NSE,  $n= 221$ , escolares da rede particular e serviço de saúde particular) e nível socioeconômico baixo ( $n= 259$ , escolares da rede pública e serviços de saúde público).

### **Instrumento**

Foi utilizado o instrumento *Access to Mental Health Care* (AMHC, Kappler, 2004; Gianella, 2008) que está sendo adaptado para o Brasil nomeado de questionário de Acesso aos Cuidados em Saúde Mental (ACSM).

### **Coleta de Dados**

Para realizar a coleta de dados no Brasil, foram utilizados procedimentos diferentes nos contextos escolares e clínicos (serviços de saúde). Nas escolas, a seleção foi realizada pelos critérios de: a) localização em região com alto Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) para escola particular e de baixo IDH para escola pública (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, 2010); e b) acessibilidade dos pesquisadores para coletar os dados.

Os procedimentos éticos em pesquisa foram realizados. O projeto foi autorizado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, da Universidade Católica de Brasília (UCB) com Ofício CEP/UCB nº 86/2006. A coleta foi realizada após apresentação do projeto de pesquisa e anuência através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) da Instituição, bem como dos jovens e de seus responsáveis. Os dados deste estudo foram coletados no período de 2007 a 2010.

### **Análise dos dados**

Na equivalência de mensuração realizada a fim de verificar evidências de validade do instrumento para o Brasil, realizou-se a Análise Fatorial Exploratória. Foram definidos no instrumento ACSM nove fatores de agrupamento. Os critérios utilizados para determinar o número de fatores foram descrito do estudo “Adaptação Transcultural do Instrumento *Access to Mental Health Care* (AMHC) para o contexto brasileiro: Acesso aos Cuidados em Saúde Mental (ACSM)”. A fatorabilidade do instrumento escala foi verificada através do teste de

adequação da amostra ( $KMO=0,84$ ). Os eixos de análise do questionário ACSM segundo os fatores estão apresentados a Tabela 1.

Tabela 1: Fatores ordenados do questionário ACSM			
Fator	Número de itens	Nome do Fator	$\alpha$ de Cronbach do Fator
1	14	Busca de Ajuda	0,85
2	10	Concepção de doença mental	0,87
3	14	Barreiras de acesso aos serviços em saúde mental	0,82
4	7	Origem das ideias sobre saúde e doença mental	0,73
5	8	Enfrentamento focalizado na emoção	0,62
6	14	Concepção de saúde mental	0,82
7	4	Percepção do tratamento em saúde mental	0,59
8	5	Enfrentamento focalizado no problema	0,46
9	7	Rede de Apoio Familiar	0,78

Foi realizada análise de variância para verificar diferenças (ANOVA) entre os nove fatores do instrumento ACSM relacionados ao Grupo Clínico/Não Clínico, NSE, Sexo e Estado. O nível de significância estabelecido foi  $p \leq 0,05$ . Para a variável dependente Estado que possui quatro categorias, quando foi significativo o valor do teste  $F$  da análise de variância, se realizou o teste de *Tukey* para identificar o(s) estado(s) que se diferiu(ram).

## Resultados

A Tabela 2 apresenta os graus de liberdade, as médias, desvios padrões, ANOVA e  $p$ -valor para os fatores 1, 3 e 4 nos grupos clínico e não clínico, NSE, sexo e estados. Para o Fator 1, Busca de Ajuda, a análise de variância mostrou que houve diferença entre os grupos clínicos/não clínico [ $F(1, 480) = 15,031, p < 0,001$ ], NSE [ $F(1, 480) = 25,431, p < 0,001$ ] e entre os estados de origem dos adolescentes [ $F(3, 480) = 3,450, p < 0,05$ ], mas não houve diferença por sexo.

Não houve diferença significativa para nenhuma variável subcultural no Fator 2, Concepção de Doença mental. Para o Fator 3, Barreiras de acesso aos serviços em saúde

mental, houve diferença significativa nos grupos clínico/não clínico [ $F(1, 480) = 6,392$ ,  $p < 0,01$ ] e por NSE [ $F(1, 480) = 20,958$ ,  $p < 0,001$ ]. No Fator 4, origem das ideias sobre saúde e doença mental, houve diferença significativa apenas para a subcultura NSE [ $F(1, 480) = 38,258$ ,  $p < 0,001$ ].

Tabela 2: Comparações das variáveis subculturais nos Fatores 1, 3 e 4 do instrumento ACSM

FATOR	Grupos		g.l	M	Erro Padrão	F	p-valor
<b>1</b>	Experiência	com	1	0,07	0,08	15, 03	<b>*0, 00</b>
	Clínica	sem		-0,27	0,04		
	NSE	alto	1	-0,28	0,06	25, 43	<b>*0, 00</b>
		baixo		0,08	0,05		
	Sexo	F	1	-0,08	0,05	0,22	0, 638
		M		-0,11	0,06		
	Estado	Brasília	3	-0,21	0,06	3,45	<b>*0, 01</b>
		Porto Alegre		-0,25	0,06		
		Fortaleza		0,05	0,12		
		Belém		0,02	0,09		
<b>3</b>	Experiência	com	1	0,19	0,09	6,39	<b>*0, 01</b>
	Clínica	sem		-0,07	0,05		
	NSE	alto	1	-0,13	0,08	20, 95	<b>*0, 00</b>
		baixo		0,24	0,06		
	Sexo	F	1	0,03	0,06	0,43	0, 512
		M		0,08	0,07		
	Estado	Brasília	3	0,10	0,07	1, 60	0, 187
		Porto Alegre		-0,05	0,07		
		Fortaleza		0,20	0,15		
		Belém		-0,02	0,11		
<b>4</b>	Experiência	com	1	0,02	0,10	0, 25	0,616
	Clínica	sem		-0,03	0,05		
	NSE	alto	1	0,25	0,08	38, 25	<b>*0, 00</b>
		baixo		-0,27	0,06		
	Sexo	F	1	0,03	0,06	1, 15	0, 282
		M		-0,05	0,07		
	Estado	Brasília	3	0,07	0,07	0, 89	0, 445
		Porto Alegre		0,08	0,07		
		Fortaleza		-0,12	0,15		
		Belém		-0,06	0,11		

\* $p \leq 0,05$

Tabela 3: Teste Tukey para Estados nos Fatores 1, 5 e 8

Fator	(I) Unid. Federativa	(J) Unid. Federativa	Diferença Média (I-J)	Erro Padrão	p-valor
1	Brasília	Porto Alegre	0,09	0,075	0,72
		Fortaleza	-0,18	0,133	0,67
		Belém	-0,44*	0,109	<b>0,00*</b>
	Porto Alegre	Brasília	0,09	0,075	0,72
		Fortaleza	-0,18	0,133	0,67
		Belém	-0,44*	0,109	<b>0,00*</b>
	Fortaleza	Brasília	0,18	0,133	0,67
		Porto Alegre	0,28	0,133	0,18
		Belém	-0,26	0,154	0,44
	Belém	Brasília	0,44*	0,109	<b>0,00*</b>
		Porto Alegre	0,54*	0,108	<b>0,00*</b>
		Fortaleza	0,26	0,154	0,44
5	Brasília	Porto Alegre	-0,14	0,081	0,25
		Fortaleza	0,12	0,142	0,83
		Belém	0,14	0,116	0,62
	Porto Alegre	Brasília	0,14	0,081	0,25
		Fortaleza	0,26	0,142	0,23
		Belém	0,28	0,116	0,06
	Fortaleza	Brasília	-0,12	0,142	0,83
		Porto Alegre	-0,26	0,142	0,23
		Belém	0,01	0,165	0,99
	Belém	Brasília	-0,14	0,116	0,62
		Porto Alegre	-0,28	0,116	0,06
		Fortaleza	-0,01	0,165	0,99
8	Brasília	Porto Alegre	0,14	0,070	0,15
		Fortaleza	0,31	0,124	<b>0,05*</b>
		Belém	0,30*	0,102	<b>0,01*</b>
	Porto Alegre	Brasília	-0,14	0,070	0,15
		Fortaleza	0,17	0,124	0,51
		Belém	0,15	0,101	0,39
	Fortaleza	Brasília	-0,31	0,124	<b>0,05*</b>
		Porto Alegre	-0,17	0,124	0,51
		Belém	-0,01	0,144	1,00
	Belém	Brasília	-0,30*	0,102	<b>0,01*</b>
		Porto Alegre	-0,15	0,101	0,39
		Fortaleza	0,01	0,144	1,00

\* $p \leq 0,05$

Na Tabela 3, a análise *post hoc* pelo método *Tukey* indicou que as respostas dos adolescentes de Belém foram, em média, significativamente diferentes de Brasília e Porto Alegre, mas não de Fortaleza. Brasília, Porto Alegre e Fortaleza não diferiram. Na Tabela 3 também estão apresentados os resultados do teste *Tukey* para os demais fatores no qual a subcultura estado apresentou diferença significativa na análise de variância.

A Tabela 4 apresenta os resultados das análises para os fatores cinco, seis e sete. No Fator 5, enfrentamento focado na emoção, houve diferença significativa para as subcultura grupo clínico/não clínico [ $F(1, 480) = 13,077, p < 0,001$ ] e estados brasileiros. A análise *post hoc* pelo método *Tukey* indicou que as respostas dos adolescentes de Belém foram, em média, significativamente diferentes dos de Porto Alegre, mas não entre Brasília e Porto Alegre. Fortaleza, Brasília e Porto Alegre não diferiram, conforme apresenta Tabela 3.

O Fator 6, concepção de saúde mental, houve diferença significativa para as subculturas NSE [ $F(1, 480) = 16,201, p < 0,001$ ] e sexo [ $F(1, 480) = 5,882, p < 0,01$ ]. No Fator 7, Percepção do tratamento em saúde mental, houve diferença significativa para as subculturas, grupo clínico/não clínico [ $F(1, 480) = 18,180, p < 0,001$ ], NSE [ $F(1, 480) = 10,681, p < 0,001$ ] e sexo [ $F(1, 480) = 7,320, p < 0,001$ ].

Na Tabela 5 estão apresentados os valores estatísticos para os fatores oito e nove. No Fator 8, Enfrentamento focalizado no problema, houve diferença significativa em todas as variáveis subculturais, grupo clínico/não clínico [ $F(1, 480) = 44,898, p < 0,001$ ], NSE [ $F(1, 480) = 72,151, p < 0,001$ ], sexo [ $F(1, 480) = 31,285, p < 0,001$ ]. A análise *post hoc* pelo método *Tukey* indicou que as respostas dos adolescentes de Brasília foram, em média, significativamente diferentes de Fortaleza e Belém. Porto Alegre, Fortaleza e Belém não diferiram, conforme Tabela 3. No fator 9, rede de apoio familiar, houve diferença significativa apenas para a subcultura grupo clínico/não clínico [ $F(1, 480) = 6,837, p < 0,001$ ].

Tabela 4: Comparações das variáveis subculturais nos Fatores 5,6 e 7 do instrumento ACSM

FATOR	Grupos	g.l	M	Erro Padrão	F	p-valor
<b>5</b>	Experiência	com	0,34	0,091	13, 07	0,00*
	Clínica	sem	-0,01	0,051		
	NSE	alto	0,09	0,073	3, 04	0,08
		baixo	0,23	0,060		
	Sexo	F	0,14	0,062	0, 20	0,65
		M	0,18	0,070		
	Estado	Brasília	0,20	0,068	4, 93	0,00*
		Porto Alegre	0,37	0,065		
		Fortaleza	0,15	0,138		
		Belém	-0,07	0,105		
<b>6</b>	Experiência	com	-0,01	0,101	0, 47	0,49
	Clínica	sem	-0,08	0,057		
	NSE	alto	-0,22	0,082	16, 20	0,00*
		baixo	0,12	0,067		
	Sexo	F	-0,14	0,069	5,88	0,01*
		M	0,05	0,078		
	Estado	Brasília	-0,05	0,076	0,79	0,49
		Porto Alegre	-0,14	0,073		
		Fortaleza	0,08	0,154		
		Belém	-0,07	0,117		
<b>7</b>	Experiência	com	0,26	0,102	18,18	0,00*
	Clínica	sem	-0,20	0,057		
	NSE	alto	0,17	0,082	10,68	0,00*
		baixo	-0,10	0,067		
	Sexo	F	0,14	0,070	7,32	0,00*
		M	-0,07	0,078		
	Estado	Brasília	-0,02	0,076	0,82	0,479
		Porto Alegre	-0,05	0,073		
		Fortaleza	0,07	0,155		
		Belém	0,14	0,118		

\* $p \leq 0,05$

Tabela 5: Comparações das variáveis subculturais nos Fatores 8 e 9 do instrumento ACSM

FATOR	Grupos		g.l	M	Erro Padrão	F	p-valor
<b>8</b>	Experiência	com	1	-0,432	0,079	44,89	0,00*
	Clínica	sem		0,142	0,045		
	NSE	alto	1	0,142	0,064	72,15	0,00*
		baixo		-0,432	0,053		
	Sexo	F	1	0,034	0,054	31,28	0,00*
		M		-0,324	0,061		
	Estado	Brasília	3	0,049	0,060	7,98	0,00*
		Porto Alegre		-0,184	0,057		
		Fortaleza		-0,482	0,121		
		Belém		0,038	0,092		
<b>9</b>	Experiência	com	1	-0,022	0,099	6,83	0,00*
	Clínica	sem		0,258	0,056		
	NSE	alto	1	0,093	0,080	0,33	0,56
		baixo		0,142	0,066		
	Sexo	F	1	0,172	0,068	1,85	0,17
		M		0,063	0,076		
	Estado	Brasília	3	0,162	0,074	0,89	0,44
		Porto Alegre		0,033	0,071		
		Fortaleza		0,205	0,151		
		Belém		0,070	0,115		

\* $p \leq 0,05$ 

## Discussão

Diferenças significativas foram encontradas em todos os fatores, exceto o fator concepção de doença mental. O nível de subcultura que apresentou mais diferença nos fatores foi o grupo clínico/não clínico, caracterizado pela experiência ou não de adoecimento em saúde mental. Os fatores que mostraram essa diferenciação foram Fator 1, busca de ajuda, Fator 3, barreiras de acesso aos serviços, Fator 5, enfrentamento focado na emoção, Fator 7, percepção do tratamento, Fator 8, enfrentamento focado no problema e F9, rede de apoio familiar.

A experiência de adoecimento é um aspecto individual que pode propiciar mudanças na percepção, representação e crenças em saúde. A partir de uma vivência pessoal de estar doente o indivíduo é impelido a buscar formas de cuidado e tratamento acessando sua rede de



apoio. O processo vivido desde o início da sintomatologia, busca de ajuda, acesso aos serviços, adesão ao tratamento e recuperação são experiências subjetivamente singulares que suscitam transformações no pensar e agir a partir dos desafios vividos e superados em vista do retorno ao estado de sentir-se saudável. Não foram analisados, para esse artigo, os problemas em saúde mental vivenciados pela população clínica da amostra em questão. Mas, sabe-se que na faixa etária da amostra é grande a incidência de problemas mentais/emocionais e comportamentais relativos a fatores escolares, ansiedade, depressão, medos e questões relacionais (Benetti et al., 2007; Ramires, Passarini, Flores & Santos, 2009; D'Abreu & Maturano, 2011). A adolescência é um período no curso do desenvolvimento de risco para diversos transtornos mentais. Existem diferentes impedimentos ou barreiras à procura de ajuda, como, as características pessoais (ex.: timidez), confidencialidade, acessibilidade, crenças acerca dos tratamentos e estigma percebido (Jorm, 2000; 2012) que podem ser obstáculos à procura de ajuda.

O grupo clínico apresentou media superior ao grupo não clínico para o fator barreiras de acesso aos serviços revela que esses concordaram mais com as afirmativas desse fator. As barreiras de acesso aos serviços podem ser caracterizadas em níveis diferentes: barreiras estruturais (listas de espera, impossibilidade de pagar, problemas com transporte); barreiras relacionadas a percepções sobre problemas de saúde mental (negar a severidade do problema, crença em poder lidar com um problema sem tratamento); e barreiras relacionadas a percepções sobre os serviços de saúde mental (falta de confiança ou experiência negativa no serviço, estigma relacionado ao recebimento de ajuda; Owens et al., 2002). A experiência nos serviços e o tratamento recebido influenciam na percepção que os indivíduos possuem acerca das barreiras de acesso aos cuidados. Experiências positivas no acesso e tratamento indicam menos barreiras. A experiência com o tratamento clínico, em geral, leva a uma imagem menos estigmatizante dos serviços, profissionais e da própria doença mental do que pessoas

que nunca tiveram experiência com a doença, consequentemente com profissionais e os serviços.

O segundo nível de subcultura que apresentou mais diferença nos fatores foi o NSE. Os fatores que mostraram essa diferenciação foram Fator 1, busca de ajuda, Fator 3, barreiras de acesso aos serviços, Fator 4, origem das ideias sobre saúde e doença mental, Fator 6, concepções de saúde mental, Fator 7, percepção do tratamento e Fator 8, enfrentamento focalizado no problema.

A influência cultural e as diferenças sociais que circundam as populações constroem sobre estas noções sobre a saúde e a doença (Flick, 2000). As concepções de saúde e doença e os comportamentos ou atitudes em saúde variam entre os mundos desenvolvidos e pouco desenvolvidos, bem como em níveis socioeconômico alto e baixo. Existe uma diferença tênue entre o que significa estar doente no mundo ocidental e o que isso representa nas regiões menos favorecidas do mundo (Helman, 2009).

Os fatores que impõem a situação de pobreza são multicausais, dentre eles são identificados os econômicos, políticos e sociais (Ruger, 2007). A pobreza está diretamente associada à saúde. Estudos epidemiológicos confirmam a correlação das desigualdades socioeconômicas com diversos aspectos da saúde, estando o baixo nível socioeconômico associado a baixos índices de saúde (Sterne & Lawlor, 2007).

Os determinantes sociais de saúde (DSS) são fatores de ordem econômica e social que afetam as condições de saúde de uma população. Eles estão relacionados a aspectos específicos do contexto social como também a forma como as condições sociais refletem esse impacto sobre a saúde. Os baixos índices de escolaridade, renda familiar, estrutura dos domicílios e poder aquisitivo são fatores que afetam o nível de bem-estar das famílias e dos adolescentes, podendo também interferir na saúde mental destes dependendo do grau de privação e estresse gerado por esses fatores (Aquino-Morais, 2008). Desta forma, estes

representam determinantes sociais em saúde que devem ser combatidos em vista da equidade social. A iniquidade na saúde não traduz apenas desigualdades, mas também o fracasso para evitar ou superar desigualdades que infringem normas de direitos humanos.

Segundo Benvegnú, Fassa, Facchini, Wegman e Dall’Agnol (2005) jovens de classes sociais mais desfavorecidas apresentaram mais problemas de conduta e problemas emocionais (ansiedade/depressão). Ademais, crianças que tem pais/cuidadores com problemas de saúde mental apresentaram mais problemas de conduta, problemas emocionais e dificuldades de relacionamento com colegas. Os problemas mentais presentes no contexto familiar também incidem sobre a saúde do jovem. Aquino-Morais (2008) observou através do processo de inserção ecológica como diversos fatores contextuais relacionados às condições de vida influenciavam a saúde mental das famílias e dos adolescentes.

Os jovens de baixo NSE concordaram mais em media referente ao Fator 1, busca de ajuda. Esse fator foi composto por itens relacionados a rede de apoio social e afetiva, itens sobre estratégias de *coping* pertinentes a ações visando a ajudar-se frente ao mal estar emocional/mental por meio da medicina, alopática, homeopática, cuidado popular e disque-ajuda, e itens referente à busca de ajuda através do professor/escola, conselho tutelar e profissionais da saúde (médico, pediatra, agente comunitário). É importante averiguar as subdimensões deste fator e verificar se elas diferem por NSE para dar mais clareza sobre que aspectos especificamente da busca de ajuda se apresenta a diferença significativa. De modo geral, percebe-se que esse fator faz alusão à rede social extensa e comunitária, estando os jovens de baixo NSE mais propensos a buscarem essa rede como apoio frente ao mal estar mental.

Os jovens de NSE tiveram também medias superiores no Fator 3, barreiras de acesso aos serviços, o que pode indicar que estes enfrentam mais desafios no acesso aos serviços, sendo importantes salientar que níveis diferentes de barreiras estão presentes, como apontado

anteriormente. Analisar subdimensões deste fator permitira identificar quais níveis especificamente apresentam diferença por NSE, podendo ser no nível estrutural, percepção sobre o problema ou percepção sobre o serviço. Salienta-se que as barreiras ideológicas que denotam os estigmas e estereótipos compõem os itens para esse fator. Identificar que NSE apresenta maior frequência de estigma é relevante em vista de se promover ações preventivas e de promoção de saúde que clarifiquem a população o conhecimento sobre a doença e desmistifique crenças estigmatizantes.

A diferença no Fator 4, origem das ideias sobre saúde e doença mental, apresenta maior media para os jovens de NSE alto, mostrando que estes concordam mais que suas crenças sobre saúde e doença mental advém de pessoas seja do contexto familiar, profissionais de saúde e escola e da mídia. Esse fator se apresenta muito relevante por através dele se indicar os sujeitos que podem influenciam na literacia em saúde mental dos adolescentes, tema este muito relevante e que necessita ser mais trabalhado junto aos jovens, na medida em que o conhecimento sobre as doenças mentais auxiliam no reconhecimento do sintoma, identificação do problema, e aumenta as possibilidades de busca e adesão ao tratamento. Por literacia, entende-se como a capacidade de usar competências diversas no cotidiano da vida para dar respostas adequadas diante dos desafios do dia-a-dia (Benavente et al., 1996; Pinto, 1996 citados por Loureiro et. al., 2012). Ao utilizar suas competências, o indivíduo questiona e assume o papel de protagonista no nível pessoa, social e comunitário.

Para o Fator 6, concepções de saúde mental, os jovens de NSE baixo tiveram maior media. Também é importante identificar subdimensões nesse fator a fim de averiguar se as concepções de saúde se relacionam com ideias de ausência de doença, funcionamento normal, bem-estar físico e/ou mental. No Fator 7, percepção do tratamento, os jovens do NSE alto tiveram maior media denotando terem uma visão positiva do tratamento mais que os jovens do NSE baixo. Variáveis mediadoras podem influenciar essa percepção seja o acesso

mais freqüente a esse tipo de serviço, bem como o contato mais freqüente com pessoas que experienciaram o tratamento ou eles mesmos. Esses jovens também tiveram maior media no Fator 8, enfrentamento focalizado no problema, indicando que os jovens de NSE alto concordam mais em terem uma postura ativa diante do mal estar mental.

Segundo Vitolo, Fleitlich-Bilyk, Goodman e Bordin (2005) os problemas de saúde mental em geral, segundo a informação dos pais/cuidadores, se associam a quatro fatores de risco: (1) criança/adolescente ser do gênero masculino, (2) famílias onde pais/cuidadores afirmaram bater com o cinto em seus filhos, (3) presença de problemas de saúde mental nos pais/cuidadores e (4) pertencer a famílias com condições socioeconômicas desfavoráveis. A sobrecarga de problemas contextuais, macro ou micro, que afetam a saúde dos adolescentes do NSE baixo pode explicar em certa medida a menor freqüência de media deste nos fatores 4, 7 e 8, e alta no fator 3.

As diferenças por estados brasileiros se apresentaram em poucos fatores, Fator 1, busca de ajuda, Fator 5, enfrentamento focado na emoção e Fator 8, enfrentamento focado no problema. Podemos fazer uma inferência dessas diferenças associadas também com o nível de desenvolvimento social e econômico das regiões brasileiras, uma vez que estas ainda destoam marcadamente, apesar do desenvolvimento social do país nos últimos anos. Para o fator 1, Belém foi o único estado que diferiu dos demais. Para o fator 5, Belém diferiu de Porto Alegre. Brasília diferiu de Fortaleza e Belém.

Referente à subcultura sexo, os fatores que apresentaram diferença significativa foram Fator 6, Fator 7 e Fator 8. A média dos meninos foi maior do que a das meninas para a concepção de saúde mental. É importante conhecer melhor as subdimensões deste fator que os meninos concordam mais uma vez que a literatura mostra que estes são mais vulneráveis a problemas mentais, tendo maior incidência de problemas de hiperatividade/déficit de atenção e problemas de relacionamento com colegas (Benvegnú, Fassa, Facchini, Wegman, &

Dall'Agnol, 2005). Esses autores salientam que a interação entre gênero e NSE pode aumentar o risco ao desenvolvimento de problemas mentais, estando as meninas mais propensas a sintomas de ansiedade/depressão no NSE baixo, enquanto os problemas de relacionamento com colegas eram mais frequentes entre os meninos de NSE alto e médio.

Para a percepção do tratamento em saúde mental, a média das meninas foi maior que a dos meninos, indicando que elas concordam mais com uma visão positiva do tratamento em saúde mental. Para o enfrentamento focalizado no problema, a média das meninas foi maior que a dos meninos, indicando a postura mais ativa destas na busca por soluções do mal estar mental.

### **Considerações Finais**

Uma idéia comum subjacente às pesquisas que se dedicam ao estudo da visão de saúde e doença é a de que estas são fortemente influenciadas pelo contexto cultural em que ocorrem. Dessa forma, a definição do que é saudável e doente, normal e anormal, são e insano, varia tanto interculturalmente quanto intraculturalmente. Saúde e doença podem ser vistas como expressão social e individual e como expressão das contradições sociais. O contexto sociocultural é percebido como influenciando a definição das atitudes e comportamentos relacionados à saúde/doença e à própria legitimação da condição de "estar doente". A vivência pessoal desses estados ao longo da vida influenciam na (re)construção das crenças em saúde, influenciando direta ou indiretamente na forma com que o indivíduo age e enfrenta um adoecimento.

Além da dimensão individual, os fatores macrocontextuais incidem na saúde dos indivíduos e de suas famílias. A iniquidade social marcante na realidade brasileira se reflete nas precárias condições de saúde da população, seja referente aos serviços disponíveis, principalmente na saúde mental, bem como a infraestrutura deste e rede de profissionais

capacitados para suprir as necessidades desta população. Os exemplos de iniquidade na saúde brasileira são facilmente detectáveis. Apesar de o país ser atualmente a sétima economia do mundo, ele se apresenta com os piores índices de distribuição de renda.

Este tipo de disparidade se reflete em indicadores de saúde populacional, como o índice de mortalidade infantil, dentro outros, os quais destoam de acordo com região do país, estando às regiões Norte e Nordeste ainda com os maiores problemas de iniquidade social, consequentemente, de saúde também. A melhoria nas condições de vida e trabalho é o meio mais justo e efetivo para promover saúde e reduzir a iniquidade.

Conhecer as concepções dos jovens de diferentes segmentos socioeconômicos e culturais poderá permitir aos setores de atenção à saúde, pública e suplementar, que articulem às discussões e proposições do SUS e do Ministério da Saúde em relação à melhoria da atenção em saúde mental. Investigar as concepções dos usuários visando a compreender os conceitos, crenças e mitos relativos à sua concepção de saúde e adoecimento vêm ao encontro de uma política que permite, a partir da perspectiva do usuário, fornecer subsídios para rever a acessibilidade e o atendimento a esta população.

O estudo com adolescentes propicia melhor entendimento sobre as necessidades e realidade desta população. Nesta perspectiva, usuários adolescentes ou potenciais usuários podem dar contribuição relevante à formação de conhecimentos na área da saúde mental, pois, eles são fonte de informação para se repensar nas medidas de prevenção e intervenção. Preocupar-se com a visão do usuário é reconhecê-lo como ator social envolvido no sistema. Viabilizar a escuta de sua demanda fornece subsídios para a estruturação de novos modelos de atendimento.

Os serviços e sistemas de saúde têm participação importante na determinação dos níveis de saúde e condições de vida de cada amostra populacional do país. É imprescindível aprofundar, especificar e ampliar o conhecimento sobre eles na perspectiva da acessibilidade,

desempenho e impacto, e sobre as condições e a qualidade da atenção prestada em contextos específicos. Tais conhecimentos podem se constituir em apoio às decisões de gestores, gerentes e profissionais da área da saúde.

Neste sentido, usuários adolescentes ou potenciais usuários podem dar contribuição relevante à formação de conhecimento na área da saúde mental. Estes podem se constituir em apoio às decisões de gestores, gerentes e profissionais da área da saúde. Nesta perspectiva, os dados da pesquisa podem contribuir com a avaliação do modelo de atenção, organização e qualidade dos serviços possibilitando a incorporação dos resultados pelos setores de saúde que estão diretamente vinculados ao beneficiário, aumentando a cobertura dos serviços e a geração de novos processos de atenção e cuidado.

## Referências

- Aquino-Morais, C. (2008). Saúde, doença mental e serviços de saúde na visão de adolescentes e seus cuidadores. Dissertação de mestrado não-publicada, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS.
- Belfer, M. L. (2008). Child and adolescent mental disorders: the magnitude of the problem across the globe. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 49 (3), 226-236.
- Benetti, S. P. da C., Ramires, V. R. R., Schneider, A. C., Rodrigues, A. P. G., & Tremarin, D. (2007). Adolescência e saúde mental: revisão de artigos brasileiros publicados em periódicos nacionais. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(6), 1273-1282.
- Benvegnú, L. A., Fassa, A. G., Facchini, L. A., Wegman, D. H. & Dall'Agnol, M. M. (2005). Work and behavioural problems in children and adolescents. *International Journal of Epidemiology*, 34, 1417-1424.
- Borges, V. R., & Werlang, B. S. G. (2006). Estudo de ideação suicida em adolescentes de 15 a 19 anos. *Estudos de Psicologia*, 11(3), 345-351.



- Cruzeiro, A. L. S., Silva, R. A. d., Horta, B. L., Souza, L. D. d. M., Faria, A. D., Pinheiro, R. T., & Ferreira, C. D. (2008). Prevalência e fatores associados ao transtorno da conduta entre adolescentes: um estudo de base populacional. *Cadernos de Saúde Pública*, 24, 2013-2020.
- D'Abreu, L. C. F., & Marturano, E. M. (2011). Identificação de problemas de saúde mental associados à queixa escolar segundo o DAWBA. *Psico*, 42, 152-158.
- Duarte, C., Bordin, I., Bird, H., Miranda, C. T., Hoven, C. & Berganza, C. (2003). Child mental health in Latin America: present and future epidemiologic research. *International Journal of Psychiatry*, 33, 203-222.
- Fatori de Sá, D. G., Bordin, I. A. S., Martin, D., Paula, C. S. (2010). Fatores de risco para problemas de saúde mental na infância/adolescência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(4), 643-652.
- Ferro, T.; Verdeli, H.; Pierre, F., & Weissman, M. M. (2000). Screening for depression in mothers bringing their offspring for evaluation or treatment of depression. *American Journal of Psychiatry*, 157, 375-379.
- Fleitlich, B., & Goodman, R. (2004). Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in southeast Brazil. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 727-734.
- Fleitlich, B., & Goodman, R. (2001). Social factors associated with child mental health problems in Brazil: cross sectional survey. *British Medical Journal*, 323, 599-600.
- Fletcher, R. H., Fletcher, S. W., & Wagner, E. H. (1996). *Epidemiologia clínica: elementos essenciais* (3º ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Flick, U. (2000). *Qualitative Forschung*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Hackett, R., & Hackett, L. (1999). Child Psychiatry across cultures. *International Review of Psychiatry*, 15, 166-172.

- Helman, C. G. (2009). *Cultura, saúde e doença*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2009/ 1990.
- Horta, R. L., Horta, B. L., Pinheiro, R. T., & Krindges, M. (2010). Comportamentos violentos de adolescentes e coabitação parento-filial [Violent behavior in adolescents and parent-child cohabitation]. *Revista de Saúde Pública*, 44(6), 979-985.
- Humensky, J. (2010). Are adolescents with high socioeconomic status more likely to engage in alcohol and illicit drug use in early adulthood? *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 5(1), 19.
- Jatobá, J. D. A. V. N., & Bastos, O. (2007). Depressão e ansiedade em adolescentes de escolas públicas e privadas, *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 56, 171-179
- Jekel, J. F., Katz, D. L., & Elmore, J. G. (2005). *Epidemiologia, bioestatística e medicina preventiva* (2º ed.). Porto Alegre: ArtMed.
- Jorm, A. F. (2000). Mental Health Literacy: Public knowledge and beliefs about mental disorders. *The British Journal of Psychiatry*, 177, 396-401.
- Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist*, 67 (3), 231-243.
- Kazdin, A. E.; Kraemer, H. C.; Kessler, R. C.; Kupfer, D. J., & Offord, D. R. (1997). Contributions of risk-factor research to developmental psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 17, 375-406.
- Klimes-Dougan, B.; Free, K.; Ronsaville, D.; Stilwell, J.; Welsh, C. J., & Radke-Yarrow, M. (1999). Suicidal ideation and attempts: a longitudinal investigation of children of depressed and well mothers. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 651-659.
- Leach, E. (1976). *Culture and communication*. Cambridge: Cambridge university press.
- Lemstra, M., Bennett, N. R., Neudorf, C., Kunst, A., Nannapaneni, U., Warren, L. M., & Scott, C. R. (2008). A meta-analysis of marijuana and alcohol use by socio-economic

- status in adolescents aged 10-15 years. *Canadian Journal of Public Health*, 99(3), 172-177.
- Loureiro, L. M., Mendes, A. M., Barroso, T. M., Santos, J. C., Oliveira, R. A., Ferreira, R. O. (2012). Literacia em saúde mental de adolescentes e jovens: conceitos e desafios. *Revista de Enfermagem Referência*, 3 (6), 157-166.
- Owens, P. L., Hoagwood, K., Horwitz, S. J., Leaf, P., Poduska, J.M., Kellam, S. G. & Ialongo, N. S. (2002). Barriers to children's mental health services. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(6), 731-738.
- Patel, V., Flisher, A.J., Hetrick S, McGorry, P. (2007). Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet* , 369:1302-1313.
- Pico-Alfonso, M. A., Garcia-Linares, M. I., Celda-Navarro, N., Blasco-Ros, C., Echeburua, E., & Martinez, M. (2006). The impact of physical, psychological, and sexual intimate male partner violence on women's mental health: depressive symptoms, posttraumatic stress disorder, state anxiety, and suicide. *Journal of Women's Health*, 15, 599-611.
- Pilowsky, D. J., Wickramaratne, P. J., Rush, A. J., Hughes, C. W., Garber, J., Malloy, E., King, C., Cerda, G., Bela Sood, A., Alpert, J. E., Wisniewski, S., Trivedi, M.H., Talati, A., Carlson, M., Liu, H. H., Fava, M., & Weissman, M. M. (2006). Children of currently depressed mothers: a STAR\*D ancillary study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(1), 126-136.
- Ramires, V. R. R., Passarini, D. S., Flores, G. G., & Santos L. G. (2009). Fatores de risco e problemas de saúde mental de crianças. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 61(2), 1-14.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57(3), 316-331.
- Sá, D. G. F., Bordin, I. A.S., & Martin, D. (2010). Fatores de risco para problemas de saúde mental na infância e adolescência. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, 26 (4), 643-652.

- Stephenson, J. (2000). Children with mental problems not getting the care they need. *JAMA*, 284 (16), 2043-2044.
- Sterne, J. A. C, & Lawlor, A. D. (2007). Socioeconomic inequalities in health. *Bulletin of Medical Journal*, 334, 963-964.
- Tavares, M., Montenegro, B., & Prietro, D. (2004). Modelos de prevenção ao suicídio: princípios e estratégias In G. Maluschke, J.S.N.F. Bucher-Maluschke, & K. Hermanns (Eds.), *Direitos humanos e violência: desafios da ciência e da prática* (pp. 231-257). Fortaleza, Brasil: Fundação Konrad Adenauer.
- Teixeira, S. A. M., & Taquette, S. R. (2010). Violência e atividade sexual desprotegida em adolescentes menores de 15 anos. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 56, 440-446.
- Vitolo, Y. L., Fleitlich-Bilyk, B., Goodman, R., & Bordin, I. A. (2005). Parental beliefs and child-rearing attitudes and mental health problems among schoolchildren. *Revista de Saúde Pública*, 39, 716-724.
- WHO. (2005). *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: a report of the World Health Organization. Departamento de Saúde Mental e Uso de Substancias*. Genebra: Autor.
- WHO. (2011). *Mental health atlas*. World Health Organization.
- Wittchen, H. (2000). Epidemiological research in mental disorders: Lessons for the next decade of research – the NAPE Lecture 1999. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101 (1), 2-10.
- Young, A. (1981). When rational men fall sick; an inquiry into some assumptions made by medical anthropologists. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 5 ( 4), p. 317-335.

## CONCLUSÃO

Os três artigos apresentados configuram essa tese de doutoramento, que se propôs a apresentar evidências de validade do instrumento ACSM, averiguando a pertinência do uso deste instrumento na realidade brasileira. Ademais, visou a investigar as formas que a cultura e suas subculturas influenciam as concepções, representações, crenças e comportamentos em saúde mental. A cultura é a lente através da qual se vê e compreende o mundo. Analisar e entender o papel da cultura nas crenças e comportamentos em saúde e doença mental dos indivíduos requer um entendimento apurado de como essa perpassa e constitui as diferentes dimensões da vida das pessoas.

Com a globalização, pesquisas transculturais e estudos internacionais passaram a serem relevantes nos campos da psicologia, da medicina e de outras áreas. Busca-se explorar se modelos de medidas propostos em uma cultura também são pertinentes em outras. Neste sentido, pesquisadores se propuseram a construir uma rede nacional de pesquisa em saúde mental visando a desenvolver um estudo transcultural sobre saúde e doença mental. Para isso, buscou-se utilizar no Brasil o instrumento AMHC desenvolvido e aplicado na Suíça. Como o desenvolvimento integral de um instrumento é complexo e requer bastante recurso e a mobilização de capacidades e de conhecimentos de natureza diversas, foi utilizado esse instrumento já elaborado na população brasileira. Isso tendo em vista que a adaptação cultural e linguística de instrumentos previamente desenvolvidos e validados constituem uma alternativa plausível para averiguação, condução e divulgação de medição em saúde.

A adaptação transcultural do instrumento AMHC seguiu o modelo de adaptação de instrumentos da epidemiologia, que propõe um padrão mais complexo de sistematização seguindo os seguintes eixos: equivalência conceitual, de item, semântica, operacional, de mensuração e funcional. O processo inicial se mostrou adequado sendo o instrumento adaptado em seus conteúdos semânticos quando necessário. Os construtos e itens construídos

se mostraram equivalentes para a amostra brasileira. Porém, na operacionalização do instrumento conforme a execução no país de origem do AMHC foi preciso adequar a aplicação para uma amostra com maior faixa etária e nível de letramento. Apesar de, na adaptação transcultural, a consulta a população alvo não ter ocorrido desde o início do processo, essa foi consultada na fase pré-piloto na qual foram identificadas essas limitações e proposta as modificações operacionais na aplicação do instrumento.

A equivalência de mensuração foi iniciada nessa tese de doutoramento, sendo realizado um trabalho de base na apreciação dos dados. Os diferentes constructos presentes nos 97 itens do instrumento foram alvo de análise. A tomada de decisão por averiguar os itens em conjunto teve o intuito de verificar se os itens iriam se agrupar nas seções preestabelecidas do instrumento certificando com isso a estruturação do instrumento nas subescalas propostas.

De fato, os itens do instrumento ACSM se organizaram majoritariamente nas suas seções originais, compondo dimensões independentes do instrumento. Os itens se agruparam diferentemente da estrutura original compunham construtos semelhantes avaliados no instrumento, apresentado assim uma forma de validade convergente entre os itens e seções do próprio instrumento, bem como a validade divergente para os itens e seções que se distinguiram. Desta forma, constata-se que o instrumento AMHC apresenta escalas específicas para construtos distintos e que podem ser aplicadas independentemente um das outras. Por meio das análises, também se observou a necessidade de avaliar as escalas separadamente para identificar subdimensões que constituem estas. Alguns eixos já se mostraram muito consistentes, sendo esses as concepções de saúde e doença mental, barreiras de acesso, percepção sobre o tratamento e origem da ideias.

Para verificar evidências de validade de constructo, foram realizadas análises fatoriais e TRI comparando os grupos de jovens e cuidadores e por sexo. Observou-se que o padrão de respostas entre os grupos eram equivalentes na maioria dos itens, indicando que é possível

uma comparação entre esses grupos e atesta a invariância do instrumento para os construtos investigados.

Ao averiguar, no instrumento ACSM, a relação dos fatores estabelecidos com os níveis subculturais dos grupos clínico e não clínico, nível socioeconômico alto e baixo, sexo dos jovens e estados de origem, identificou-se diferenças significativas em todos os fatores, exceto o fator concepção de doença mental. Os níveis de subcultura que apresentaram mais diferenças nos fatores foi o grupo clínico/não clínico e NSE. Essa constatação indica a relevância de se aprofundar análises considerando esses níveis culturais. Considera-se que a experiência clínica dos indivíduos influencia a percepção que estes têm de sua saúde e doença. E, as condições socioeconômicas de uma população estão diretamente relacionadas com seus níveis de saúde e adoecimento.

Esse trabalho iniciou um caminho de identificação de evidências de validade do instrumento ACSM. Fazem-se imprescindíveis estudos futuros apresentando em profundidade aspectos da equivalência de mensuração. É pertinente realizar análises fatoriais das escalas independentemente, conforme padrão original do instrumento para testar a fatorabilidade destas e que itens de fato são representantes. Além de análise fatorial confirmatória por modelos de equações estruturais, considerando a amostra suíça, a brasileira já analisada e uma nova amostra brasileira. Uma vez realizada essa análise, é relevante comparar as escalas independentes com outros instrumentos. As escalas de concepção de saúde mental, doença mental e barreiras de acesso aos serviços poderiam ser comparadas com a Escala de Medida de Opinião, a *Opinions About Mental Illness Scale*, o Inventário de Crenças acerca da Doença Mental, *Illness Perception Questionnaire* e com a Escala de Estigma em Epilepsia. Além desses, é oportuna a averiguação com instrumentos de rastreamento de sintomas (GHQ-36, GHQ-12, SRQ-20, SCL-90, K-10, K-6, MOS-SF36 (MHI-5), SF-12, SF-6D, e escalas de qualidade de vida, EuroQol e WhoQol.

Espera-se que este instrumento adaptado na versão brasileira ACSM contribua para o conhecimento e melhoria da saúde mental dos adolescentes, viabilizando o desenvolvimento de estratégias preventivas que visem ao bem-estar e qualidade de vida destes. Ainda há muito que se avançar nas ações de prevenção e promoção de saúde mental infanto-juvenil bem como na construção de políticas públicas.

### **Referências da Apresentação**

- Amarante, P. (2003). A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In P Amarante (coord.). *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. pp. 45-65. Engenheiro Paulo de Frontin: Nau
- Boruchovitch, E. & Mednick, B. R. (2002). The meaning of health and illness: Some considerations for health psychology. *Psico-USF*, 7(2), 175-183.
- Bronfenbrenner, U. (1995). Developmental ecology through space and time: A future perspective. In P. Moen, G. H. Elder, Jr., & K. Lüscher (Eds.), *Examining lives in context: Perspectives on the ecology of human development* (pp. 619-647). Washington, DC: American Psychological Association.
- Bronfenbrenner, U. & Morris, P. (1998). The ecology of developmental processes. In R. M. Lerner & W. Damon (Eds.), *Handbook of Child Psychology*, (1, pp. 993-1027). N.Y.: John Wiley & Sons.
- Gianella, D. (2008). *Santé Publique Et Culture Familiale De La Santé Mentale: Favoriser L'accès Des Adolescents Aux Soins De Santé Mentale En Suisse*. Tese de doutoramento. Faculté des Lettres de l'Université de Fribourg.
- Gonçalves, M. (2009). *Der Zugang von Migrantenkindern zur psychischen Gesundheitsversorgung. Eine Untersuchung mit portugiesisch-sprachigen Familien im multikulturellen Umfeld der Schweiz*. Hamburg, Germany: Verlag Dr. Kovac.
- Hall, E. T. (1984). *The dance of life*. Surbiton: Anchor Press.



- Hall, S.A. (2006). *Identidade cultural na posmodernidade*. Rio de Janeiro: DP&A
- Helman, C. G. (2009). *Cultura, saúde e doença*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2009/ 1990.
- Hofstede, G., (2001). *Culture's consequences. comparing values, behaviors, institutions, and organizations across nations*. Thousand Oaks, California: Sage.
- House, R. J.; Hanges, P. J.; Javidan, M.; Dorfman, P. W.; Gupta, V., (2004). *Culture, leadership, and organizations – The Globe Study Of 62 Societies*. London, Sage Publications.
- Keesing, R. M., & Strathern, A. J. (1998) *Cultural Anthropology: A contemporary perspective*, 3<sup>rd</sup> edn. London: Harcourt Brace.
- Minayo, M. C. S. (2013). *Violência e Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Minayo, M. C. S. (1998). *O desafio do conhecimento – Pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec/Abrasco.
- Ozkazanc-Pan, B. (2009). *Globalization and identity formation: a postcolonial analysis of the international entrepreneur*. University of Massachusetts, Dissertation.
- Tylor, E. B. (1871). *Primitive Culture*. London: J. Murray.

Anexo A

## Carta de Autorização do Comitê de Ética

Universidade Católica de Brasília - UCB  
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP

Brasília, 17 de outubro de 2006

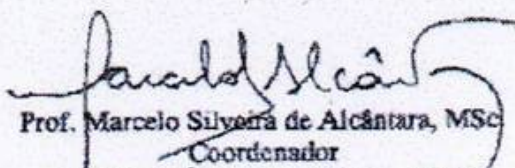
Ofício CEP/UCB Nº 86 /2006

Prezados senhores,

É com satisfação que informamos formalmente a V.Sas. que o projeto "Acesso ao serviço de saúde pública: concepções de saúde mental e percepção dos serviços na perspectiva de crianças, adolescentes e suas famílias" foi aprovado por este CEP em sua 57ª Reunião, realizada em 17 de outubro do corrente ano, podendo, portanto, ter a sua fase de coleta de dados iniciada. Informamos ainda que no prazo máximo de 1 (um) ano a contar desta data deverá ser enviado a este CEP um relatório sucinto sobre o andamento da presente pesquisa.

Esperando poder servi-los em outra ocasião, apresentamos nossos votos de estima e consideração.

Atenciosamente,



Prof. Marcelo Silveira de Alcântara, MSc  
Coordenador  
Comitê de Ética em Pesquisa - UCB

Ilmos Srs.

Deise Matos do Amparo, Afonso Celso Tanus Galvão, Carmen Jansen de Cárdenas, Kátia Cristina Tarouquella Rodrigues Brasil e Paola Biasoli Alves.

Brasília - DF

NESTA

Anexo B  
**QUESTIONÁRIO AMHC / ACSM - Versão Jovens**  
 (Käppler, 2004)

**PARTE 1:SAÚDE**

**A. Para mim, alguém estar saudável mentalmente/emocionalmente significa...**

	1 não concordo	2 concordo em parte	3 concordo bastante	4 concordo totalmente
1. estar feliz, alegre	O	O	O	O
2. não ser tão sensível/frágil	O	O	O	O
3. poder pensar de forma clara	O	O	O	O
4. pensar positivo, ser otimista	O	O	O	O
5. ter controle sobre a própria vida	O	O	O	O
6. não usar drogas	O	O	O	O
7. não ter problemas	O	O	O	O
8. sentir-se equilibrado/a	O	O	O	O
9. ter energia/disposição	O	O	O	O
10. não precisar ir ao psicólogo/psiquiatra	O	O	O	O
11. poder ir à escola	O	O	O	O
12. poder se relacionar bem com os outros	O	O	O	O
13. ser normal	O	O	O	O
14. perceber o que não deve ser feito	O	O	O	O
15. algo muito importante	O	O	O	O
16. eu sei mais ou menos o que é, mas é difícil de explicar	O	O	O	O
17. caso ache que falta alguma coisa, escreva abaixo:	O	O	O	O

**B. Para mim alguém estar doente mentalmente/emocionalmente significa...**

	1 não concordo	2 concordo em parte	3 concordo bastante	4 concordo totalmente
18. estar infeliz, triste	O	O	O	O
19. não se sentir bem	O	O	O	O
20. ter sentimentos feridos	O	O	O	O
21. que algo não está bem com a cabeça	O	O	O	O
22. estar estressado/a	O	O	O	O
23. ser diferente dos outros	O	O	O	O
24. quando o corpo não está bem, a cabeça também sofre e vice-versa	O	O	O	O
25. não conseguir enfrentar os desafios do dia a dia	O	O	O	O
26. algo mais difícil de controlar do que uma doença física, do corpo	O	O	O	O
27. ter dificuldade de se concentrar bem	O	O	O	O
28. não ter amigos	O	O	O	O
29. quando profissionais como psicólogos ou psiquiatras aconselham um tratamento	O	O	O	O
30. algo que não se percebe logo	O	O	O	O
31. algo que deve ser levado a sério	O	O	O	O
32. algo que quase não pode ser curado	O	O	O	O
33. algo que se tem desde o nascimento	O	O	O	O
34. é difícil de definir	O	O	O	O
35. caso ache que falta alguma coisa, escreva abaixo:	O	O	O	O

**C. Você acha que as suas idéias sobre saúde e doença mental/emocional vêm...**

	1 não concordo	2 concordo em parte	3 concordo bastante	4 concordo totalmente
36. dos meus pais	O	O	O	O
37. dos meus avós	O	O	O	O
38. dos meus irmãos	O	O	O	O
39. dos meus amigos	O	O	O	O
40. da escola	O	O	O	O
41. de profissionais (por ex.: médico, psicólogo)	O	O	O	O
42. da mídia (televisão, rádio, internet)	O	O	O	O
43. de outro lugar, escreva abaixo:_____	O	O	O	O

**D. Você acha que a religião contribui para:**

	1 não concordo	2 concordo em parte	3 concordo bastante	4 concordo totalmente
44. a saúde mental/emocional	O	O	O	O
45. a formação de uma doença mental/emocional	O	O	O	O
46. a cura de uma doença mental/emocional	O	O	O	O

**E. O que você faz quando tem algum problema mental/emocional?**

	1 nunca	2 raramente	3 geralmente	4 sempre
47. espero um pouco, descanso	O	O	O	O
48. procuro distrair-me: leio, ouço música	O	O	O	O
49. convivo com isso	O	O	O	O
50. penso: isso não é tão mau	O	O	O	O
51. procuro mudar a situação	O	O	O	O
52. espero ser procurado/a pelos outros	O	O	O	O
53. falo com alguém sobre o problema	O	O	O	O
54. tomo medicamentos	O	O	O	O
55. tento medicina alternativa (homeopatia, acupuntura, florais de Bach)	O	O	O	O
56. tento meios naturais, caseiros (chás, banhos, etc.)	O	O	O	O
57. procuro ajuda nos números de telefone de disque-ajuda	O	O	O	O
58. não procuro ajuda	O	O	O	O
59. prefiro ficar sozinho	O	O	O	O
60. não faço nada e penso que ninguém pode me ajudar	O	O	O	O
61. não sei	O	O	O	O
62. outra coisa, escreva abaixo:_____	O	O	O	O

**F. Alguns jovens procuram pessoas quando têm um problema mental/emocional. (Caso alguma destas pessoas não exista na sua vida, deixe a linha correspondente em branco.)**

Quando eu tenho um problema mental/emocional eu procuro...	1 nunca	2 raramente	3 geralmente	4 sempre
63. a minha mãe	O	O	O	O
64. o meu pai	O	O	O	O
65. os meus irmãos	O	O	O	O
66. a minha avó	O	O	O	O
67. o meu avô	O	O	O	O
68. os meus amigos/as	O	O	O	O
69. o meu professor/a	O	O	O	O

70.	uma pessoa do contexto religioso (por ex.: padre, guia espiritual)	O	O	O	O
71.	o médico de família ou o pediatra	O	O	O	O
<b>Quando eu tenho um problema mental/emocional eu procuro...</b>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
		nunca	raramente	geralmente	sempre
72.	uma pessoa da medicina alternativa, natural	O	O	O	O
73.	um psicólogo/psiquiatra	O	O	O	O
74.	um outro especialista (por ex.: neurologista)	O	O	O	O
75.	uma clínica ou hospital	O	O	O	O
76.	outra pessoa ou instituição, escreva abaixo:	O	O	O	O


**G. Imagine que um jovem tenha um problema mental/emocional e é proposto a ele(a) ir a um psicólogo/psiquiatra. Quais podem ser os motivos para ele(a) não querer ir?**

Porque...	1 não concordo	2 concordo em parte	3 concordo bastante	4 concordo totalmente
77. ele (ela) não sabe o que o psicólogo/psiquiatra vai fazer com ele	O	O	O	O
78. ele (ela) pensa que os psicólogos/psiquiatras dão muitos medicamentos	O	O	O	O
79. pensa que só vai ao psicólogo/psiquiatra quem não está bem da cabeça ou quem é maluco	O	O	O	O
80. ele (ela) não quer ser gozado/caçoado pelos colegas	O	O	O	O
81. ele (ela) tem medo de depois ter que mudar para uma classe ou escola especial	O	O	O	O
82. ele (ela) tem medo de ter que ir para uma clínica/hospital psiquiátrico ou um lar	O	O	O	O
83. pensa que quem é realmente responsável pelo problema são os pais e eles é que precisam de ajuda	O	O	O	O
84. ele (ela) pensa que os pais não querem que ele vá ao psiquiatra/psicólogo	O	O	O	O
85. ele (ela) pensa que problemas mentais/emocionais devem ser resolvidos na família	O	O	O	O
86. ele (ela) pensa que quando se trata de problemas mentais/emocionais só a própria pessoa é que pode ajudar a si mesma	O	O	O	O
87. ele (ela) acha que este problema é normal na sua própria família	O	O	O	O
88. pensa que uma psicoterapia demora muito tempo	O	O	O	O
89. ele (ela) pensa que o consultório do psicólogo/psiquiatra fica muito longe de sua casa	O	O	O	O
90. pensa que uma terapia custa muito dinheiro	O	O	O	O
91. acha que não é necessário nenhuma ajuda	O	O	O	O
92. ele (ela) não sabe onde se pode obter ajuda e nem quem é competente para ajudá-lo	O	O	O	O
93. outra coisa, escreva abaixo:	O	O	O	O

**H. Alguma vez você já recebeu ajuda de um profissional como um psicólogo ou psiquiatra devido a um problema mental/emocional?**

1. O sim	2. O não
94. Se tiver feito um "X" no "Sim" responda às perguntas marcadas com o Cebolinha	Se tiver feito um "X" no "Não" responda às perguntas marcadas com o Bidu



95.a  Para que tipo de problema você recebeu ajuda? (por exemplo: medos, problemas na escola, problemas com os colegas, ansiedade, depressão, problemas de comportamento, uso de álcool e drogas, etc.)

Quem te ajudou?

95.b O psicólogo O psiquiatra O outro profissional. Qual? \_\_\_\_\_

96. a) Quando é que o problema apareceu pela primeira vez?

Quando eu tinha mais ou menos \_\_\_\_\_ anos



b) Quando é que começou o primeiro tratamento?

Quando eu tinha mais ou menos \_\_\_\_\_ anos

c) O tratamento já terminou?

1. O não

2. O sim

Mais ou menos quando terminou o tratamento?

Há: \_\_\_\_\_ anos ou

há: \_\_\_\_\_ meses

Como foram ou como estão sendo a(s) experiência(s) de tratamento?

Achei/acho que ...



Como imagina um tratamento para um problema mental/emocional?

Imagino que ...



		1 não concordo	2 concordo em parte	3 concordo bastante	4 concordo totalmente
97.	a terapia ajuda	O	O	O	O
98.	me sinto bem com o terapeuta	O	O	O	O
99.	não aceitei a terapia no início	O	O	O	O
100.	a terapia me dá estabilidade, segurança, apoio	O	O	O	O
101.	posso expressar a minha própria opinião	O	O	O	O
102.	as pessoas me olham de forma estranha quando eu vou ao consultório/clínica	O	O	O	O
103.	outra coisa, escreva abaixo:	O	O	O	O



Quem procurou ajuda profissional para você (por ex.: psiquiatra/ psicólogo)?



Se tivesse um problema mental/emocional quem procuraria ajuda profissional para você (por ex.: psicólogo/ psiquiatra)?

		1 não concordo	2 concordo em parte	3 concordo bastante	4 concordo totalmente
104.	eu próprio/a	O	O	O	O
105.	a minha mãe	O	O	O	O
106.	o meu pai	O	O	O	O
107.	a minha avó/avô	O	O	O	O
108.	o professor/a escola	O	O	O	O
109.	o médico de família, o pediatra, agente comunitário de saúde ou outros especialistas	O	O	O	O
110.	o conselho tutelar	O	O	O	O
111.	outra pessoa ou instituição, escreva abaixo:	O	O	O	O

## PARTE 4: CONDIÇÕES DE VIDA

*P. Como é a sua situação escolar?*

163.

Que escola e série frequenta?

Escola: O 1.pública O 2.particular

Série: \_\_\_\_ Grau \_\_\_\_

**Q. Como vive a sua família?**

164.

A sua família tem carro?

O 1.nenhum O 2.um O 3.dois ou mais

165.

Você tem um quarto só seu?

O 1.não O 2.sim

166.

Com que frequência no último ano você viajou de férias com a sua família?

O 1.nenhuma vez O 2.uma vez O 3.duas vezes O 4.mais de duas vezes

167.

Quantos computadores têm na sua família?

O 1.nenhum O 2.um O 3.dois O 4.três ou mais

167a

Seus pais:

O 1.nunca viveram juntos O 2.vivem juntos O 3.são casados  
O 4.são separados O 5.são divorciados O 6.é viúvo/a

167b

Com quem você mora?

-

-

**R. Agora só mais algumas perguntas para terminar**

168.

Você é do sexo feminino ou masculino?

O 1.feminino O 2.masculino

169.

Quando é que você nasceu?

mês

ano

Você trabalha?

---

170.

O 1.sim

O 2.não

---

171.

Qual a sua cor?

O 1.branca

O 2.parda

O 3.negra

4.outra \_\_\_\_\_

---



## Anexo C

**Descrição dos Fatores - Ordem de importância da dimensão (fator) no questionário****Fator 1**

<b>Item</b>	<b>Descrição</b>	<b>Carga</b>
f72	Uma pessoa da medicina alternativa	,664
f75	Uma clínica ou hospital	,601
f71	O médico de família ou o pediatra	,570
f74	Um outro especialista ( por ex: neurologista)	,566
e55	Tenta medicina alternativa (homeopatia, acunpuntura, florais de bach...)	,557
f73	Um psicólogo/psiquiatra	,537
f69	Meu professor/a	,502
e57	Procura números de telefone de disque-ajuda para onde se pode ligar	,486
f70	Uma pessoa do contexto religioso ( por ex: padre, guia espiritual)	,478
e54	Toma medicamentos	,458
h108	O professor/ a escola	,446
h110	A juventude/ o conselho tutelar	,434
e56	Tenta meios naturais,caseiros (chás,banhos,...)	,413
h109	O médico de família, o pediatra, agente comunitário de saúde ou outros especialistas	,343

**Fator 2**

<b>Item</b>	<b>Descrição</b>	<b>Carga</b>
b19	Não sentir-se bem	,695
b20	Sentir-se magoado, ferido	,690
b18	Estar triste, infeliz	,621
b22	Estar estressado	,589
b21	Alguma coisa não está bem na cabeça	,559
b25	Não conseguir enfrentar os desafios do dia a dia	,553
b28	Não ter amigos.	,456
b27	Ter dificuldade em se concentrar bem	,449
b24	Quando o corpo nao está bem, a cabeça também sofre e vice-versa	,414
b26	Algo mais difícil de controlar do que uma doença física, do corpo	,400

**Fator 3**

<b>Item</b>	<b>Descrição</b>	<b>Carga</b>
g81	Tem medo de depois ter que mudar para uma classe ou escola especial	,704
g82	Tem medo de no fim ir para uma clínica/hospital psiquiátrico ou um lar	,676
g80	Não quer ser gozado pelos colegas, caçoado	,655
g79	Pensa que só vai ao psicólogo/psiquiatra quem não funciona bem ou quem é maluco	,599
g78	Pensa que os psicólogos/psiquiatras dão muitos medicamentos	,553
g77	Não sabe o que o psicólogo/psiquiatra vai fazer com ele	,488
g83	Pensa que quem é realmente responsável pelo problema são os pais e eles é que precisam de ajuda	,448
g88	Pensa que uma psicoterapia demora muito tempo	,445
g91	Acha que não é necessário nenhuma ajuda	,392
g92	Não sabe onde se pode obter ajuda e quem é competente para isso	,388
g89	Pensa que o consultório do psicólogo/psiquiatra fica muito longe de sua casa	,375
g84	Pensa que os pais não querem que ele vá ao psiquiatra/psicólogo	,339
g90	Pensa que uma terapia custa muito dinheiro	,337
h102	As pessoas olham de forma estranha quando ele/a vai ao consultório/clínica	,312

**Fator 4**

<b>Item</b>	<b>Descrição</b>	<b>Carga</b>
c40	da escola	,655
c36	dos pais.	,582
c39	dos amigos	,578
c38	dos irmãos	,563
c37	dos avós.	,477
c41	de profissionais( por ex: médico, psicólogo)	,401
c42	da mídia (televisão, rádio, internet)	,351

**Fator 5**

<b>Item</b>	<b>Descrição</b>	<b>Carga</b>
e59	Fica sozinho/a, retirar-se	,539
e60	Nada e ninguém pode ajudar	,474
e49	Conviver com isso	,471
e52	Espera ser procurado pelos outros	,386
g87	Acha que este problema é normal na sua própria família	,348
e50	Pensa: isso não é tão mal	,345
e61	Não sei	,331

e58	Não procura ajuda	,306
-----	-------------------	------

**Fator 6**

<b>Item</b>	<b>Descrição</b>	<b>Carga</b>
a11	Poder ir à escola	,632
a12	Se relacionar bem com os outros	,603
a13	Ser normal	,585
a9	Ter energia	,562
a14	Perceber o que não deve ser feito	,528
a4	Pensamento positivo	,500
a3	Consegue pensar de forma clara	,449
a5	Rer a vida sobre o controle	,442
a1	Ser alegre, feliz	,441
a8	Estar em equilíbrio	,427
a10	Não ter que ir ao psicólogo-psiquiatra	,397
a7	Não ter problemas	,332
a6	Não usar drogas	,330
a15	Algo muito importante	,309

**Fator 7**

<b>Item</b>	<b>Descrição</b>	<b>Carga</b>
h100	A terapia dá estabilidade, segurança e apoio	,755
h98	Sente-se bem com o terapeuta	,700
h97	A terapia ajuda	,689
h101	Pode expressar a sua própria opinião	,580

**Fator 8**

<b>Item</b>	<b>Descrição</b>	<b>Carga</b>
e48	Procura distrair-se: ler, ouvir musica	,426
f68	Meus amigos/as	,417
e51	Procurar mudar a situação	,398
e53	Fala com alguém sobre o problema	,271
e47	Espero um pouco, descanso	,214

**Fator 9**

<b>Item</b>	<b>Descrição</b>	<b>Carga</b>
f64	Meu pai	-,737
f67	Meu avô	-,642
f66	Minha avó	-,550

f65	Meus irmãos	-,474
f63	Minha mãe	-,468
h106	Meu pai	-,425
h107	Minha avó/ meu avô	-,315